

STRESS VÀ CÁCH ỨNG PHÓ VỚI STRESS CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI HỆ THỐNG Y KHOA HOÀN MỸ

Phạm Thị Thạch Trúc, Phạm Bá Thị Mỹ Nghiê, Phạm Công Thiện,
Bùi Quang Sang, Nguyễn Thị Ngọc Sương(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng Stress và cách ứng phó với Stress của Điều dưỡng tại các bệnh viện thuộc hệ thống Y khoa Hoàn Mỹ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được tiến hành nghiên cứu trên 926 điều dưỡng đang công tác tại các bệnh viện thuộc hệ thống Y khoa Hoàn Mỹ. Đối tượng tự điền thông tin về mức độ Stress và cách ứng phó với Stress dựa trên Bộ câu hỏi khảo sát. Mức độ Stress và cách ứng phó với Stress phân thành 4 nhóm: Rất thấp, thấp, trung bình, cao. **Kết quả:** Stress của Điều dưỡng ở mức độ thấp (TB=1,06); Ứng phó với Stress của Điều dưỡng ở mức độ thấp (TB=1,24). Nhóm tác nhân gây stress đạt mức độ cao đối với điều dưỡng liên quan đến: (1) Quá tải công việc với mức độ 1,52 và (2) Chăm sóc người bệnh với mức độ 1,28. Phương pháp ứng phó với Stress được các Điều dưỡng sử dụng phần lớn là: (1) Giải quyết vấn đề có kế hoạch (TB= 1,49) và (2) Tìm kiếm hỗ trợ xã hội (TB= 1,50). Có mối tương quan giữa tuổi, trình độ, vị trí công việc và khoa công tác với mức độ Stress của điều dưỡng ($p < 0,05$). Có mối tương quan giữa tuổi và thâm niên công tác với mức độ ứng phó Stress của Điều dưỡng ($p < 0,05$). Các điều dưỡng làm việc ở khoa Hồi sức tích cực và Cấp cứu có mức độ Stress cao hơn điều dưỡng làm ở các khoa khác

với điểm trung bình lần lượt (TB=1,18) và (TB=1,16). Có mối tương quan giữa Stress và phương pháp ứng phó stress của điều dưỡng ($p < 0,05$); **Kết luận:** Để ứng phó Stress bền vững, nhà quản lý Điều dưỡng cần có chiến lược phòng ngừa stress cho điều dưỡng.

Từ khoá: Stress, ứng phó Stress, điều dưỡng lâm sàng.

SUMMARY

STRESS AND COPING STRESS AMONGST NURSES AT HOAN MY MEDICAL CORPORATION

Objective: To describe the level of Stress and Coping with stress of Nurses in the hospitals of Hoan My Medical Corporation. **Subjects and research methods:** Cross-sectional description was conducted on 926 nurses who are working in hospitals of Hoan My Medical Corporation. Subjects self-filled information about stress levels and coping with stress. Stress levels and Coping with stress are classified into 4 levels: Very low, low, medium, high. **Results:** Nurses Stress Level was low (mean=1.06); Coping with stress of Nurses was low (mean= 1.24). The high stress stressors for nurses are those related to: (1) Work overload (mean= 1.52) and (2) Care of patients (mean= 1.28). The most common method of stress coping used by the Nurses were: Planful problem solving (mean =1.49) and Seeking social support (mean= 1.50). There was a relationship between age, education, job position and work department with stress level of nursing ($p < 0.05$). There is a relationship between age and working seniority and nursing stress response ($p < 0.05$). Nurses working in the

(*)Tập đoàn y khoa Hoàn Mỹ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thạch Trúc

Email: truct.pham@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Intensive Care and Emergency Department have higher Stress levels than nurses working in other departments with levels 1.18 and 1.16. There was a correlation between Stress and Coping Stress ($p < 0.05$); **Conclusion:** In order to coping with Stress, Nursing managers need to have a stress prevention strategy for nurses.

Keywords: Stress, Stress coping, clinical nursing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress là phản ứng sinh lý gây ảnh hưởng đến thể chất và tâm lý đến của con người (Laposa, 2003). Người bị Stress được xem như không khỏe mạnh, làm việc không có hiệu quả và nguy cơ bị tai nạn cao (WHO, 2006). Điều này sẽ tác động nghiêm trọng đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng và hiệu quả của việc cung cấp dịch vụ y tế. (Lee, 2003). Đối mặt với Stress, các cá nhân phát triển cách ứng phó khác nhau, liên quan đến yếu tố cá nhân, nhu cầu tình huống và nguồn lực sẵn có và nhằm mục đích khôi phục sự cân bằng của cơ thể được gây ra bởi tác nhân gây Stress (Laal, 2010). Các bệnh viện thuộc Hệ thống Y Khoa Hoàn Mỹ chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ Stress và cách ứng phó Stress của Điều dưỡng. Nhóm nghiên cứu xác định mức độ stress và ứng phó với stress cũng như chiến lược ứng phó với Stress được Điều dưỡng sử dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng đang làm việc tại các bệnh viện thuộc Hệ thống Y Khoa Hoàn Mỹ.

2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng chọn lựa: Điều dưỡng lâm sàng, đang tham gia trực tiếp công tác chăm sóc người bệnh.

Đối tượng loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2020 đến tháng 10/2020.

4. Cỡ mẫu nghiên cứu: 926

5. Thu thập số liệu: Bộ câu hỏi khảo sát gồm 3 phần:

Phần A: Nhân khẩu học. **Phần B:** Sử dụng bộ câu hỏi của Pamela Gray Toft và James G. Anderson năm 1981, gồm 34 câu hỏi về tình trạng Stress của điều dưỡng, **Cronbach $\alpha = 0,88$.** **Phần C:** Sử dụng bộ câu hỏi của Folkman & Lazarus năm 1985: gồm 51 câu hỏi về cách ứng phó Stress của điều dưỡng. **Cronbach $\alpha = 0,82$.**

6. Phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu đa số tuổi còn trẻ: 74,30% điều dưỡng từ 21-30 tuổi, 23,33% có độ tuổi từ 31 - 40 tuổi và gần 2% có độ tuổi trên 40. Có sự chênh lệch giới nữ và giới nam lần lượt là 85,64% và 14,36%. Trình độ: trên 87% là cao đẳng, còn 12,42 % trình độ trung cấp. Trong nhóm này, chiếm tỷ lệ cao nhất 52,16% có kinh nghiệm từ 1 - 5 năm; 26,03% có kinh nghiệm từ 6 -10 năm; 12,20% có kinh nghiệm trên 11 năm. Về vai trò lâm sàng có 2 vị trí: Điều dưỡng trưởng phiên (14,04%) và điều dưỡng lâm sàng (85,96%). Phân bố khoa công tác tại các bệnh viện: 7,23% tại khoa Hồi sức tích cực, 11,12% tại khoa Hậu phẫu, 11,32% tại khoa Cấp cứu và khoảng 70% tại các khoa nội trú khác: khoa Nội, khoa Ngoại, khoa Sản, Nhi và Liên chuyên khoa.

2. Mức độ stress của điều dưỡng lâm sàng:

Bảng 2.1. Mức độ stress của Điều dưỡng (n= 926)

T T	Các nhóm yếu tố	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ý nghĩa mức độ
1	Chăm sóc người bệnh	1,28	0,57	Thấp
2	Mâu thuẫn với bác sĩ	1,13	0,60	Thấp
3	Thiếu sự chuẩn bị	0,78	0,59	Thấp
4	Thiếu sự hỗ trợ	0,92	0,73	Thấp
5	Mâu thuẫn điều dưỡng	0,95	0,52	Thấp
6	Quá tải công việc	1,52	0,66	Trung bình
7	Không chắc chắn trong điều trị	0,82	0,55	Thấp
Mức độ Stress trung bình		1,06	0,45	Thấp

Nhận xét: Mức độ stress của các điều dưỡng ở mức độ thấp. Thấp nhất là nhóm yếu tố Thiếu sự chuẩn bị (TB = 0,78) và nhóm Không chắc chắn trong điều trị (TB = 0,82). Cao nhất là nhóm quá tải công việc và Chăm sóc người bệnh lần lượt với điểm trung bình là (TB=1,52) và (TB=1,28). Tổng mức độ stress của 7 nhóm yếu tố là (TB=1,06).

Bảng 2.2. Các yếu tố gây quá tải công việc liên quan đến mức độ Stress (n=926)

TT	Các yếu tố Quá tải công việc	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ý nghĩa mức độ
B24	Gặp sự cố máy tính khi đang làm việc.	1,75	0,866	Trung bình
B25	Phân công nhân sự và công việc không ổn định.	1,2	0,852	Thấp
B26	Quá nhiều công việc không liên quan đến chăm sóc như công việc giấy tờ.	1,87	0,964	Trung bình
B27	Không đủ thời gian để hỗ trợ tư vấn tâm lý cho người bệnh.	1,43	0,896	Thấp
B28	Không đủ thời gian để hoàn thành công việc của mình.	1,36	0,862	Thấp
B29	Không đủ nhân sự tương ứng với công việc hoặc quy mô của khoa.	1,49	0,879	Thấp

Nhận xét: Quá nhiều công việc giấy tờ và gặp sự cố máy tính khi đang làm việc là 2 yếu tố gây quá tải công việc với mức độ cao nhất lần lượt là (TB = 1,87) và (TB = 1,75). Thấp hơn là yếu tố Không đủ nhân sự tương ứng với công việc hoặc quy mô của khoa (TB = 1,49). Yếu tố phân công nhân sự và công việc không ổn định đạt mức thấp nhất (TB = 1,20).

Bảng 2.3. Các yếu tố Chăm sóc người bệnh liên quan đến Mức độ Stress (n= 926)

TT	Các yếu tố liên quan đến CSNB	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ý nghĩa mức độ
B1	Thực hiện các kỹ thuật/thủ thuật mà người bệnh phải chịu đau đớn.	1,81	0,893	Trung bình
B2	Cảm thấy bất lực trong trường hợp tình trạng người bệnh không cải thiện.	1,51	0,79	Trung bình
B3	Lắng nghe hoặc nói chuyện với người bệnh về cái chết sắp đến của họ.	0,97	0,911	Thấp
B4	Người bệnh tử vong.	1,08	0,983	Thấp
B5	Người bệnh mà mình có mối quan hệ thân thuộc bị tử vong.	0,89	0,998	Thấp
B6	Bác sĩ không có mặt khi người bệnh tử vong.	0,65	1,031	Thấp
B7	Nhìn thấy sự chịu đựng của người bệnh	2,04	0,848	Trung bình

Nhận xét: Nhìn thấy sự chịu đựng của người bệnh đạt mức độ Stress cao nhất (TB = 2,02). Tiếp theo là thực hiện các kỹ thuật/ thủ thuật trên người bệnh phải chịu đau đớn; và Điều dưỡng cảm thấy bất lực khi tình trạng người bệnh không cải thiện với mức độ lần lượt là (TB = 1,81) và (TB=1,5).

3. Mức độ ứng phó stress của điều dưỡng lâm sàng

Bảng 3.1. Mức độ ứng phó stress của điều dưỡng (n= 926)

TT	Các nhóm yếu tố	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ý nghĩa mức độ
1	Đổi đầu	1.04	0.42	Thấp
2	Giữ khoảng cách	1,10	0,56	Thấp
3	Tự kiểm soát	1,36	0,60	Thấp
4	Tìm hỗ trợ xã hội	1,49	0,62	Thấp
5	Chấp nhận trách nhiệm	1,29	0,53	Thấp
6	Tránh thoát	0,76	0,43	Thấp
7	Giải quyết vấn đề có kế hoạch	1,49	0,57	Thấp
8	Tái đánh giá tích cực	1,36	0,54	Thấp
	Ứng phó với Stress	1,24	0.40	Thấp

Nhận xét: Mức độ ứng phó với Stress của 8 nhóm ở mức độ thấp (TB =1,24;). Bốn nhóm đại diện được sử dụng nhiều: (1)Tìm hỗ trợ xã hội; (2) Giải quyết vấn đề có kế hoạch; (3) Tự kiểm soát và (4) Tái đánh giá tích cực với các mức độ lần lượt là (TB = 1,49), (TB = 1,49), (TB = 1,36) và (TB = 1,36).

Bảng 3.2. Các yếu tố tìm hỗ trợ xã hội liên quan đến mức độ ứng phó Stress (n= 926)

TT	Các yếu tố liên quan đến tìm hỗ trợ xã hội	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ý nghĩa mức độ
C21	Nói chuyện với ai đó để tìm hiểu thêm về tình hình.	1,48	0,762	Thấp
C22	Nhận được sự thông cảm và thấu hiểu từ người khác.	1,52	0,748	Trung bình
C23	Nhận được sự giúp đỡ chuyên nghiệp trong công việc.	1,65	0,782	Trung bình
C24	Nói chuyện với một người mà họ có thể đưa giải pháp cụ thể cho vấn đề.	1,53	0,764	Trung bình
C25	Hỏi một người họ hàng hoặc người bạn mà mình tôn trọng để họ tư vấn.	1,46	0,773	Thấp
C26	Nói chuyện với ai đó về cảm giác của mình.	1,31	0,711	Thấp

Nhận xét: Trong các yếu tố liên quan đến tìm hỗ trợ xã hội các phương pháp được Điều dưỡng sử dụng nhiều là: (1) Nhận được sự thông cảm và thấu hiểu từ người khác; (2) Nhận được sự giúp đỡ chuyên nghiệp trong công việc và (3) Nói chuyện với một người mà họ có thể đưa giải pháp cụ thể cho vấn đề với các mức độ lần lượt là (TB = 1,52); (TB = 1,65) và (TB = 1,53)

Bảng 3.3. Giải quyết vấn đề có kế hoạch liên quan đến ứng phó Stress (n= 926)

TT	Các yếu tố Giải quyết vấn đề có kế hoạch	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ý nghĩa mức độ
C39	Chỉ tập trung vào những công việc mình sẽ phải làm tiếp theo.	1,45	0,73	Thấp
C40	Lập kế hoạch hành động và làm theo kế hoạch đó.	1,51	0,738	Thấp
C41	Thay đổi một điều gì đó để mọi thứ sẽ tốt lên.	1,5	0,712	Thấp
C42	Rút kinh nghiệm trong quá khứ; Tôi đã từng đối mặt với tình huống tương tự trước đây.	1,5	0,718	Thấp
C43	Biết những gì phải làm, vì vậy đã nhân đôi nỗ lực của mình để khiến mọi thứ hoạt động trơn tru.	1,53	0,731	Thấp
C44	Tìm một vài giải pháp khác nhau cho vấn đề.	1,44	0,662	Thấp

Nhận xét: Các phương pháp: (1) Lập kế hoạch hành động và làm theo kế hoạch đó; (2) Biết những gì phải làm, vì vậy đã nhân đôi nỗ lực của mình để khiến mọi thứ hoạt động trơn tru là 2 phương pháp được điều dưỡng sử dụng nhiều hơn trong nhóm phương pháp Giải quyết vấn đề có kế hoạch với điểm mức độ lần lượt là (TB = 1,51) và (TB = 1,53).

4. Các yếu tố liên quan đến mức độ stress và ứng phó stress

Bảng 4.1. Các yếu tố liên quan đến stress và ứng phó Stress (n= 926)

		Tuổi	Giới tính	Hôn nhân	Trình độ	Vị trí công việc	Thâm niên công tác	Khoa Công tác
Stress	Pearson Correlation	-,082*	0,008	-0,045	,135**	,066*	-0,041	- ,103**
	Sig. (2-tailed)	0,012	0,813	0,174	0	0,046	0,21	0,002
	N	926	926	926	926	926	926	926
Ứng phó Stress	Pearson Correlation	-,102**	0,017	-0,042	0,04	0,043	-,090**	-0,056
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,612	0,206	0,224	0,186	0,006	0,088
	N	926	926	926	926	926	926	926
** Tương quan có ý nghĩa ở mức 0,01 *Tương quan có ý nghĩa ở mức 0,05								

Nhận xét: Có mối tương quan giữa trình độ, khoa công tác, vị trí công việc và tuổi đến mức độ Stress của Điều dưỡng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có mối tương quan giữa tuổi và thâm niên công tác với mức độ ứng phó Stress của điều dưỡng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5. Mức độ stress và ứng phó stress tại các khoa lâm sàng

Bảng 5.1: Mức độ stress và ứng phó stress tại các khoa lâm sàng (n= 926)

Khoa lâm sàng	Mức độ stress		Mức độ ứng phó Stress	
	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	Trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)
Cấp cứu	1,16	0,45	1,30	0,43
Hồi sức tích cực	1,18	0,38	1,29	0,34
Hậu Phẫu	0,99	0,44	1,23	0,40
Nội	1,06	0,46	1,20	0,41
Ngoại	1,09	0,47	1,27	0,44
Nhi	1,04	0,44	1,27	0,36
Sản	0,98	0,44	1,22	0,38
Liên chuyên khoa	0,99	0,40	1,15	0,41

Nhận xét: Mức độ stress cao nhất tại khoa Hồi sức tích cực và Cấp cứu với mức độ (TB =1,18; SD = $\pm 0,38$) và (TB =1,16; SD = $\pm 0,45$). Mức độ thấp hơn tại các khoa nội trú khác là: Khoa Ngoại, khoa Nội, khoa

Nhi, khoa Hậu phẫu và Liên chuyên khoa với mức độ lần lượt là (TB=1,09; SD = $\pm 0,47$); (TB =1,06; SD= $\pm 0,46$); (TB=0,99; SD = $\pm 0,44$); (TB = 0,99; SD = $\pm 0,40$). Mức độ Ứng phó Stress cao nhất tại các khoa Cấp

cứu và Hồi sức tích cực với mức độ (TB=1,3; SD = $\pm 0,43$) và (TB=1,29; SD = $\pm 0,34$). Thấp hơn là các khoa ngoại, nội, hậu phẫu và khoa sản với mức độ (TB=1,27; SD = $\pm 0,44$), (TB=1,27; SD = $\pm 0,36$), (TB=1,23; SD = $\pm 0,40$); (TB = 1,22; SD = $\pm 0,38$); Thấp nhất là Khoa liên chuyên khoa với mức độ TB=1,15 (SD = $\pm 0,41$).

IV. BÀN LUẬN

Tác nhân gây stress liên quan đến chăm sóc người bệnh: Theo kết quả nghiên cứu, các yếu tố gây áp lực cao nhất bao gồm việc quan sát sự chịu đựng của NB về bệnh tật (TB = 2,04; SD = $\pm 0,848$), thực hiện các thủ thuật/ kỹ thuật gây đau đớn cho NB (TB=1,81; SD= $\pm 0,893$). Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Tăng Thị Hảo tại BV Nhi Thái Bình (2019) với các điểm tương ứng (TB = 2,14; SD= $\pm 0,73$), (TB = 2,17; SD= $\pm 0,64$).

Nhóm nhân tố gây stress liên quan đến mâu thuẫn với bác sĩ: Cho thấy áp lực tạo ra bởi nhóm này có mức thấp, nguyên nhân gây stress chủ yếu là do sự phê bình của bác sĩ.

Nhóm tác nhân gây stress liên quan đến thiếu sự chuẩn bị: các tác nhân đều ở mức độ và tần suất thấp.

Tác nhân gây stress liên quan đến thiếu sự hỗ trợ trong công việc: Ba yếu tố trong nhóm này đều ở mức thấp.

Tác nhân gây stress liên quan đến mâu thuẫn Điều dưỡng: Hai yếu tố: (1) Do cấp trên phê bình (TB = 1,07) và (2) bị phân công hỗ trợ các khoa do thiếu nhân sự (TB=1,03).

Tác nhân gây stress liên quan tới quá tải công việc: Quá nhiều công việc không liên quan đến chăm sóc như công việc giấy

tờ và Gặp sự cố máy tính khi đang làm việc là 2 yếu tố gây Quá tải công việc Theo Thông tư 46/2018/TT-BYT về Quy định hồ sơ bệnh án điện tử, hệ thống Y khoa Hoàn Mỹ đang thực hiện xây dựng Ứng dụng công nghệ thông tin trong y tế và hệ thống bệnh án điện tử (EMR). Theo tác giả Bakan tại 4 bệnh viện ở Thổ Nhĩ Kỳ (2013) hầu hết các điều dưỡng suy nghĩ tích cực đến công cụ EMR trong chăm sóc, chất lượng dịch vụ - thông tin - quản lý- sẽ giảm công việc hành chính, gia tăng thời gian chăm sóc người bệnh.

Tác nhân gây stress liên quan đến việc Không chắc chắn trong điều trị: Thiếu thông tin đầy đủ của bác sĩ về tình trạng sức khỏe của người bệnh tạo áp lực với điều dưỡng ở mức cao hơn (TB=1,00) tương đồng với kết quả của tác giả Trần Thị Ngọc Mai (2004) với mức độ 1,87.

Tác nhân ứng phó với Stress: (1)Tìm hỗ trợ xã hội; (2) Giải quyết vấn đề có kế hoạch; (3) Tự kiểm soát và (4) Tái đánh giá tích cực với các mức độ lần lượt là (TB = 1,49; SD = $\pm 0,62$), (TB = 1,49; SD = $\pm 0,57$), (TB = 1,36; SD = $\pm 0,60$) và (TB = 1,36; SD = $\pm 0,454$) so với nghiên cứu Stress của tác giả Makie, điều dưỡng chọn lựa phương pháp cao nhất là: Tái đánh giá tích cực; Giải quyết vấn đề có kế hoạch; và Tìm hỗ trợ xã hội với mức độ lần lượt là (TB = 1,99; SD= $\pm 0,55$) (TB = 1,82; SD = $\pm 0,67$) (TB = 1,47; SD = $\pm 0,51$). Kết quả cho thấy các phương pháp ứng phó stress được điều dưỡng sử dụng theo chiều hướng tích cực. Do đó để ứng phó Stress bền vững, nhà quản lý Điều dưỡng có chiến lược phòng ngừa stress cho điều dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Tổng cộng có 926 Điều dưỡng tham gia khảo sát, kết quả cho thấy mức độ Stress của Điều dưỡng ở mức thấp (TB = 1,06); Mức độ ứng phó với Stress của Điều dưỡng ở mức thấp (TB=1,24).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Tần (2012).** Stress của nhân viên y tế tại bệnh viện tâm thần Tiền Giang. Luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Tâm lý học.
2. **Tăng Thị Hảo và cộng sự.** Thực trạng stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên tại bệnh viện nhi Thái Bình năm 2019. Khoa học Điều dưỡng - Tập 02 - Số 03.
3. **Trần Thị Ngọc Mai và cộng sự.** Thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng đang học hệ cử nhân vừa làm vừa học tại trường đại học Thăng Long và đại học Thành Tây 2014. Y Học Thực Hành (914) - Số 4/2014.
4. **Patrick King. Nghệ Thuật Giao Tiếp Hiệu Quả (2019).** Nhà Xuất Bản Thế Giới. 1980 Books
5. **Bakan, I., Buyukbese, T., & Ersahan, B. (2014).** The impact of total quality service (TQS) on healthcare and patient satisfaction: an empirical study of Turkish private and public hospitals. The International journal of health planning and management, 29(3), 292-315.
6. **Constitution of the World Health Organization Geneva, 2006** (www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 30 May 2010)
7. **Dewe, P. Examination the nature of work stress:** Individual evaluation of stressful experiences and coping. Human Relation 1989, 42: 993-1013.
8. **Folkman, S. & Lazarus R.S.** Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology (1988a), 54.
9. **Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981).** The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. Journal of Behavioral Assessment, 3(1), 11–23.
10. **Laposa, J.M., Lynn, E., Fullerton, R.N. & Vancouver, B.C. (2003).** Workstress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. Journal of Emergency Nursing: 23-28.
11. **Lazarus, R.S. and Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping.** Springer: New York. 1984
12. **Lee, J.K.L. .** Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. International Journal of Nursing Practice 2003, 9:86-91.
13. **Vatiswa Veronica Makie.** Stress and coping strategies amongst registered nurses working in a south african tertiary hospital (2006).

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: BẤT THƯỜNG PHỨC HỢP THAI NHI 11 TUẦN 6 NGÀY

Lê Thị Hải Yến*

TÓM TẮT

Bất thường phức hợp thai nhi là một dị tật bẩm sinh rất hiếm gặp tỷ lệ mắc, 14000 – 2000 cas (theo y văn). BSA là kết hợp của sự bất thường về ống thần kinh, thành cơ thể (thành ngực, thành bụng) và các chi với khoang màng ối, dây rốn, khoang tế bào phôi. Thường được phát hiện vào cuối tam cá nguyệt I. Hầu hết chúng được chẩn đoán trước khi sinh bằng siêu âm và không được tiếp tục cho đến khi sinh. Đây là một bất thường nghiêm trọng trong đó các yếu tố bệnh học và yếu tố kích hoạt vẫn chưa được rõ.

SUMMARY

BODY STALK ANOMALY (BSA)/ LIMB-BODY WALL COMPLEX

Fetal complex abnormality is a very birth defects incidence, rare 14000-2000 cas (according to literature). BSA is a combination of abnormalities in the neural tube, body wall (chest wall, abdominal wall), and extremities and the amniotic, umbilical cord, and embryonic cell cavity. Usually detected at the end of the first trimester of pregnancy. Most of them are diagnosed prenatal with ultrasound and not continue until birth. This is a serious anomaly in which the pathological and trigger factors are still unknown

I. TỔNG QUAN

Bất thường phức hợp thai nhi là một tổn thương rất hiếm gặp chiếm tỷ lệ mắc, theo y văn 14000 – 20000 cas. BSA là kết hợp của sự bất thường về ống thần kinh, thành cơ thể (thành ngực, thành bụng) và các chi với khoang màng ối, dây rốn, khoang tế bào phôi. Thường được phát hiện vào cuối tam cá nguyệt I. Hầu hết chúng được chẩn đoán trước khi sinh bằng siêu âm và không được tiếp tục cho đến khi sinh. Nó có một karyotype bình thường nhưng sự bất thường về thân cũng có thể là tam nhiễm của nhiễm sắc thể 16, khả năng tái phát là rất thấp và không có liên quan đến tuổi cha, mẹ và giới tính của thai nhi.

Các BS siêu âm Sản Phụ khoa có kinh nghiệm không khó để phát hiện. Đây là một bất thường nghiêm trọng trong đó các yếu tố bệnh học và yếu tố kích hoạt vẫn chưa được rõ. Chúng tôi trình bày trường hợp này nhằm nêu bật tầm quan trọng của siêu âm sớm.

II. CÁC HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TRÊN SIÊU ÂM

Khuyết thành bụng trước lớn với khối lớn nằm ngoài bụng chứa ruột và gan, gù vẹo cột sống và dây rốn ngắn hoặc không có dây rốn. Thông thường, Gan sẽ gắn trực tiếp vào bánh nhau không thông qua dây rốn và biến dạng cột sống nặng.

Bất thường phức hợp cơ thể thường không liên quan bất thường nhiễm sắc thể. Bất thường này có thể kết hợp với khuyết tật ống thần kinh, dị tật bộ phận sinh dục, bất thường

*BV Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hải Yến

Email: yen.le1@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

của thành ngực, viêm đường ruột và khuyết tật sọ, và trong số những trường hợp khác.

III. KẾT CỤC THAI KỲ

Kết cục thai kỳ thường thai chết trong tử cung và sơ sinh. Bởi vậy, cần chẩn đoán chính xác để không nhầm lẫn với hở thành bụng lớn là một dị tật có thể phục hồi sau sinh và ngay cả trong bào thai, trong quản lý và đánh giá thai.

IV. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Thai phụ: Trà Thị Th

Năm sinh: 1992 Mã bn: 20112695

Vào viện: 18/05/2020

Xuất viện: 25/05/2020

Cưới gần 2 năm, kinh ko đều, mong con. para: 0000. tiền sử gia đình bình thường. siêu âm tại bv Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1 cho thấy

Không thấy thành ngực, thành bụng. Toàn bộ ruột, gan, tim nằm ngoài. Không tìm thấy dây rốn. Thai như được cố định vào một điểm gần như không thay đổi tư thế. Cột sống cong và không thấy phần cùng cụt. Không quan sát rõ chân và phủ toàn thân.





Ghi nhận sau khi gây sảy thai:

Toàn bộ ruột, gan, tim thai nhi nằm lộ ra ngoài. Không có thành bụng, ngực. Không có dây rốn. Đầu thai nhi được dính liền màng ối và có 2 mạch máu nuôi dưỡng chạy xuống vùng tạng thoát ra ngoài. Cột sống gù, gập, phù toàn thân.





V. BÀN LUẬN

Khi phát hiện thai nhi hở thành bụng (gastroschisis), ngực các tạng nằm ngoài cơ thể như ruột, gan, tim phổi Ngũ chứng Cantrell (Pentalogy of Cantrell) là một thoát vị rốn với khiếm khuyết kéo dài về phía ngực, bao gồm cả thoát vị tim ngoài lồng ngực (ectopia cordis) và khiếm khuyết cơ hoành và xương ức, nhưng sự biến dạng của cột sống, không tìm ra vị trí dây rốn, mạch máu xuất phát từ màng ối xuống tạng thai nhi thì nghĩ đến bất thường phức hợp cơ thể

SINH BỆNH HỌC

Các nguyên nhân có thể gây ra sự bất thường phức hợp cơ thể bao gồm vỡ màng ối sớm như hội chứng giải sợi ối (amniotic band syndrome -ABS), sự khiếm khuyết mạch máu của phôi ở giai đoạn sớm hoặc bất thường ở đĩa mầm. Khiếm khuyết trong các gen liên quan đến sự hình thành phôi có thể đóng một vai trò.

Dưới đây là ba lý thuyết sinh lý bệnh chính của hội chứng này:

- **Lý thuyết ngoại sinh:** Torpin và cộng sự mô tả vào năm 1965 lý thuyết này dựa trên sự vỡ ối sớm dẫn đến sự hình thành các

dải sợi ối. Một số yếu tố gây sinh bệnh học khác như chấn thương bụng, tác nhân độc hại và sử dụng thuốc tránh thai trong ba tháng đầu đã được đề xuất. Các dải sợi ối phá vỡ sự hình thành phôi bình thường và chịu trách nhiệm cho sự biến dạng và cắt xén của các cấu trúc thai nhi đã hình thành.

- **Lý thuyết nội sinh hoặc mạch máu** được mô tả bởi Van Allen và cộng sự vào năm 1987 và cho thấy một tai nạn thiếu máu cục bộ của các mạch máu phôi thai trong khoảng từ 4 đến 6 tuần tuổi thai là nguồn gốc của bệnh này. Theo lý thuyết này, thiếu máu cục bộ dẫn đến mất mô đáng kể, suy giảm sự phát triển của thai nhi, thành bụng không đóng, sự tồn tại của khoang ngoài phôi (extraembryonic coelom) và sự kết dính của màng ối với các bộ phận của thai nhi bị hoại tử.

- **Lý thuyết Streeter** được mô tả ban đầu vào năm 1930 và sau đó được phát triển bởi Hartwig dựa trên giả định về quá trình gấp phôi bị suy yếu. Sự gấp phôi (embryonic folding) là quá trình biến đổi phôi 3 lá hình dẹt sang cơ thể phôi hình ống. Bất thường của đĩa mầm (The germinal disk abnormality) được cho là sự thất bại hoàn

toàn của việc gấp phôi dọc theo cả ba hướng (đầu, đuôi và bên). Sự bất thường gấp phôi ở hướng đầu dẫn đến một khiếm khuyết ở thành ngực và vùng thượng vị, dẫn đến bất thường vị trí tim. Bất thường gấp phôi ở hướng bên dẫn đến thoát vị của tạng giữa bụng vào túi ối lớn, đặt phần ngoại vị vào tấm màng đệm nhau thai thay cho dây rốn hoặc dây rốn rất ngắn

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm cuối tam cá nguyệt I

- Hở thành bụng, ngực
 - Một phần thai nhi nằm ngoài khoang ối, dây rốn thường ngắn
 - Mạch máu thường chạy thẳng từ nhau đến thân, đến tạng
 - Thai và nhau không thể tách rời
 - Đa dị tật: Não, thần kinh, tay, chân ...
- có thể có

Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng giải sợi ối
- Hở thành bụng
- Hở thành ngực
- Ngũ chứng cantrell
- Lộn ổ nhóp, phức hợp OEIS
- Thoát vị rốn.

Tiền lượng: Bất thường phức hợp cơ thể (BSA) là một loại bất thường nghiêm trọng cần phải được chấm dứt thai kỳ sớm. Vấn đề

quan trọng là được phát hiện sớm trên siêu âm. Siêu âm ngày nay với độ phân giải tốt, Doppler màu, có thể phát hiện sớm và tránh nhầm lẫn với các dị tật có thể phục hồi sau sinh như hở thành bụng. Các Bác sĩ siêu âm Sản Phụ Khoa dễ dàng để phát hiện. Loại bất thường này không liên quan di truyền hay tái phát nên không lo ngại cho lần mang thai tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J Ultrason. 2017 Jun; 17(69): 133–135. Published online 2017 Jun 30. doi: 10.15557/JoU.2017.0020.PMCID: PMC5516085.PMID: 28856023
2. <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/3251/limb-body-wall-complex>
3. https://www.researchgate.net/publication/279303043_Possible_Genetic_Origin_of_Limb-Body-Wall-Complex
4. https://www.researchgate.net/publication/276516490_Limb_body_wall_complex_or_body_stalk_complex_or_cyllosomas_a_case_report
5. <https://sieuamvietnam.vn/ca-lam-sang-san-khoa-bat-thuong-phuc-hop-co-the/>
6. Madhavalatha Routhu,¹ Sreedevi Thakkallapelli,¹ Prashanthi Mohan,² và Nadeem Ahmed¹
7. Biên tập viên học thuật: Kenneth McElreavey

KHẢO SÁT TỶ LỆ TUÂN THỦ THEO SSC 2016 TRONG 3 GIỜ ĐẦU VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Phan Hoàng Nguyên¹, Phạm Thị Ngọc Thảo^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khuyến cáo SSC 2016 đề nghị các công việc cần được thực hiện trong 3 giờ đầu chẩn đoán bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK).

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Thời gian từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019, chúng tôi dựa vào nghiên cứu 101 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK) điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là $55,8 \pm 19,1$; BMI trung bình là $22,7 \pm 3,1$. Nguồn nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là hô hấp và tiết niệu. Điểm APACHE II trung bình lúc nhập viện là 20,3, điểm SOFA trung bình lúc nhập viện là 7,6 và nhóm suy từ 3 đến 4 tạng chiếm tỷ lệ 55,5%. Tỷ lệ tuân thủ chung theo hướng dẫn lâm sàng SSC 2016 ở bệnh nhân NKH và SNK là 77,2%, trong đó tuân thủ bù dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 97%, tỷ lệ tuân thủ đo Lactat máu là 96%, cho kháng sinh hợp lý trong giờ đầu là 90,1%, tỷ lệ tuân thủ cấy máu là 84,2%. Tỷ lệ bệnh ổn định chuyển về tuyến dưới hay khỏe xuất viện chiếm tỷ lệ 60,4%, tỷ lệ bệnh nặng tiên lượng tử vong gia đình xin về hay tử vong tại khoa Hồi sức chiếm 39,6%.

Bàn luận: Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tuân thủ chung theo SSC 2016 cần được cải thiện thêm. Tỷ lệ tử vong của nhóm NKH, SNK hoàn thành gói hồi sức 3 giờ đầu trong nghiên cứu của chúng tôi giảm đáng kể so với tỷ lệ tử vong của nhóm không hoàn thành, nhưng không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu nhỏ.

Kết luận: Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ tuân thủ SSC 2016 còn thấp, do đó cần các chương trình tập huấn cho nhân viên y tế tại bệnh viện tuyến trước, tuyến tỉnh.

SUMMARY

SURVEY OF 2016 SSC COMPLIANCE DURING FIRST 3 HOURS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH SEPSIS AND SEPTIC SHOCK

Background: The 2016 SSC recommendations insist that work-up should be done during the first 3 hours of diagnosing patients with sepsis and septic shock.

Methods: This is a cross-sectional study of 101 patients with sepsis and septic shock admitted to Intensive Care Unit (ICU) at Cho Ray Hospital, from April to October 2019.

Results: Study participants had average age of 55.8 ± 19.1 years; average BMI 22.7 ± 3.1 . Infections derived from GI tract accounted for the highest proportion, followed by the respiratory and urinary tract. The average APACHE II score at admission was 20.3, the mean SOFA score at admission was 7.6 and the group with 3 to 4 impaired organs accounted for 55.5%. The general compliance rate according to SSC 2016 clinical guidelines was 77.2%, of

¹Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hoàng Nguyên

Email: nguyen.phan@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

which fluid compliance was the highest (97%), followed by the compliance rate for determination of blood lactate level (96%). Accurate antibiotic decision during first hour was 90.1%, blood transplant compliance rate was 84.2%. The rate of stable condition which were transferred to local hospitals or directly discharged from Cho Ray accounted for 60.4%, the rate of serious illness with inevitable death accounted for 39.6%.

Discussion: Overall compliance with SSC 2016 is in need of further improvement. The mortality rate of patients whose work-up were completed within the first 3-hour resuscitation package was significantly reduced compared with the control group, but was not statistically significant due to the small sample size.

Conclusion: This study shows that the compliance rate for SSC 2016 is still unsatisfied, so training programs are needed for health workers at the provincial hospitals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn (NKH và SNK) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, đặc biệt là tại các nước đang phát triển. Vì tỷ lệ mắc và tử vong cao, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xếp NKH – SNK là một vấn đề y tế toàn cầu cần tập trung nghiên cứu để giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong. Tại Hoa Kỳ, đây là 1 trong 10 nguyên nhân tử vong hàng đầu, tỷ lệ từ 23% đến 46% tùy thuộc vào giai đoạn bệnh [2], trong đó, tỷ lệ tử vong trong thời gian ngắn nhiều hơn 20% [3], với 500 trường hợp tử vong mỗi ngày, tương đương tỷ lệ tử vong của nhồi máu cơ tim cấp [6]. Mỗi năm có thêm 750.000 trường hợp NKH nặng [2], nhiều hơn tổng của các bệnh suy tim sung huyết, ung thư vú, ung thư đại tràng và AIDS [6] và ngày càng tăng dần [5]. Ước tính tại

Châu Âu và Châu Úc có khoảng 51 – 206 trường hợp/ 100.000 người dân [6]. Riêng tại khoa Hồi sức, tỷ lệ này chiếm hơn 30%. Tại khoa Cấp cứu, tỷ lệ bệnh nhân NKH nặng và SNK nhập khoa là 20,5%, ngày càng tăng dần [4], [8].

Cùng với mục tiêu làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân NKH và SNK, tổ chức Surviving Sepsis Campaign ra đời, đưa ra các khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh nhân NKH - SNK dựa vào y học bằng chứng, một trong những khuyến cáo về hồi sức ban đầu là các công việc cần được thực hiện trong 3 giờ đầu chẩn đoán bệnh nhân bị NKH - SNK, cập nhật trong SSC 2016.

Theo nghiên cứu của Phua, J. thực hiện năm 2009 ở các nước Châu Á (trong đó có 3 bệnh viện của Việt Nam), cho thấy tỷ lệ tử vong vẫn còn cao (44,5%) và sự tuân thủ hướng dẫn lâm sàng này thấp (7,6%) [7]. Năm 2014, tại Bệnh viện Chợ Rẫy có báo cáo sơ bộ của T.T.Trà [1] ghi nhận tỷ lệ tuân thủ và hiệu quả điều trị này vẫn còn thấp tại khoa Cấp cứu, nhưng không có số liệu cụ thể.

Để đánh giá tỷ lệ tuân thủ theo các khuyến cáo SSC 2016 trong 3 giờ đầu và kết quả điều trị ở bệnh nhân NKH và SNK tại khoa Hồi sức Cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019 chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Câu hỏi nghiên cứu

Sự tuân thủ các khuyến cáo của SSC 2016 trong 3 giờ đầu tại khoa Hồi sức Cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019 như thế nào?

Mục tiêu chuyên biệt

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân NKH và SNK nhập khoa Hồi*

sức Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy.

2. Khảo sát tỷ lệ tuân thủ theo hướng dẫn lâm sàng SSC 2016 ở bệnh nhân NKH và SNK được điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu – bệnh viện Chợ Rẫy trong 3 giờ đầu.

3. Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân NKH và SNK nhập khoa Hồi sức Cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả tiền cứu. Thời gian từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019, chúng tôi dựa vào nghiên cứu 101 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK) điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là $55,8 \pm 19,1$; BMI trung bình là $22,7 \pm 3,1$. Nguồn nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là hô hấp và tiết niệu. Điểm APACHE II trung bình lúc nhập viện là 20,3, điểm SOFA trung bình lúc nhập viện là 7,6 và nhóm suy từ 3 đến 4 tạng chiếm tỷ lệ 55,5%. Tỷ lệ tuân thủ chung theo hướng dẫn lâm sàng SSC 2016 ở bệnh nhân NKH và SNK là 77,2%, trong đó tuân thủ bù dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 97%, tỷ lệ tuân thủ đo Lactat máu là 96%, cho kháng sinh hợp lý trong giờ đầu là 90,1%, tỷ lệ tuân thủ cấy máu là 84,2%. Tỷ lệ bệnh ổn định chuyển về tuyến dưới hay khỏe xuất viện chiếm tỷ lệ 60,4%, tỷ lệ bệnh nặng tiên lượng tử vong gia đình xin về hay tử vong tại khoa Hồi sức chiếm 39,6%.

Khả năng tử vong trong nhóm tuân thủ SSC giảm 19% so với nhóm không tuân thủ.

Tuy nhiên tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tuân thủ chung theo SSC 2016 cần được cải thiện thêm. Tỷ lệ tử vong của nhóm NKH, SNK hoàn thành gói hồi sức 3 giờ đầu trong nghiên cứu của chúng tôi giảm đáng kể so với tỷ lệ tử vong của nhóm không hoàn thành, nhưng không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu nhỏ.

KIẾN NGHỊ

- Xây dựng chương trình tập huấn giúp chẩn đoán sớm NKH và SNK, điều trị theo mục tiêu trong 3 giờ đầu theo các khuyến cáo của SSC 2016 cho các nhân viên y tế (bác sĩ và điều dưỡng) ở bệnh viện tuyến trước, tuyến tỉnh. Bởi vì gói điều trị này chỉ có hiệu quả khi áp dụng sớm, ngay từ khi người bệnh đến bệnh viện, lúc chưa tổn thương cơ quan.

- Tại những tuyến y tế thiếu trang thiết bị theo dõi người bệnh như huyết áp động mạch xâm lấn, đo lactat máu có thể theo dõi huyết áp động mạch trung bình, thể tích nước tiểu để đánh giá hiệu quả điều trị ở bệnh nhân NKH và SNK.

- Áp dụng chương trình cải tiến chất lượng liên tục (Continuous Quality Initiatives), giám sát sự tuân thủ việc đạt các mục tiêu trong 3 giờ đầu theo các khuyến cáo của SSC 2016 đối với bệnh nhân NKH và SNK.

Các từ khóa

- NKH: Nhiễm khuẩn huyết
- SNK: Sốc nhiễm khuẩn
- AIDS: (Acquired Immune Deficiency Syndrome) - Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải

- SOFA: (Sequential Organ Failure Assessment)- Thang điểm rối loạn chức năng cơ quan theo thời gian

- APACHE II: (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) - Thang điểm lượng giá bệnh cấp tính và mạn tính

- SSC: (Surviving Sepsis Campaign) - Chương trình hồi sức NKH nặng và SNK

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tôn Thanh Trà, Phạm Thị Ngọc Thảo (2015)**, "Tỉ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu thích hợp và tỉ lệ tuân thủ Surviving Sepsis Campaign 2012 ở bệnh nhân NKH và SNK tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 19 (1), tr. 421-425.
2. **Angus D. C, Linde- Zwirble W. T, Lidicker J, et al (2001)**, "Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care", Crit Care Med, 29 (7), pp. 1302-10.
3. **Angus Derek C, van der Poll Tom (2012)**, "Severe Sepsis and Septic Shock", New England Journal of Medicine, 369 (9), pp. 840-851.
4. **Henriksen D.P, Laursen C.B, Jensen T.G, et al (2015)**, "Incidence rate of community-acquired sepsis among hospitalized acute medical patients-a population-based survey", Crit Care Med, 43 (1), pp. pp. 13-21.
5. **Lagu Tara, Rothberg Michle, Shieh Meng-Shiou, et al (2012)**, "Hospitalizations, costs, and outcome of severe sepsis in the United States 2003 to 2007", Crit Care Med, 40 (3), pp. 754-761.
6. **Osborn Tiffany M, Nguyen H Bryant, Rivers Emanuel P (2005)**, "Emergency medicine and the surviving sepsis campaign: an international approach to managing severe sepsis and septic shock", Annals of Emergency Medicine, 46 (3), pp. pp. 228-31.
7. **Phua J, Koh Y, Du B, et al (2011)**, "Management of severe sepsis in patient admitted to Asia intensive care units: prospective cohort study", BMJ, 342 pp. d3254.
8. **Rodriguez F, Barrera L, De La Rosa G, et al (2011)**, "The epidemiology of sepsis in Colombia: a prospective multicenter cohort study in ten university hospitals", Crit Care Med, 39 (7), pp. pp. 1675-82.

HIỆU QUẢ LÀM MỀM, MỞ CỔ TỬ CUNG CỦA SONDE FOLEY CẢI TIẾN TRONG KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Nguyễn Văn Hải*, Hoàng Minh Hiệp*, Nguyễn Bá Hoàng Anh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ là giúp sản phụ đạt được sinh đường âm đạo, tuy nhiên có 25% sản phụ phải mổ lấy thai mà chủ yếu là do cổ tử cung không thuận lợi. Qua thời gian áp dụng tại khoa Sản Bệnh viện Quốc tế Vinh, sonde Foley cải tiến dựa trên mô hình bóng Cook cho thấy có tính ứng dụng cao, rẻ tiền, tránh được nhiều cuộc mổ đẻ cho sản phụ, mà hầu như không có tai biến.

Phương pháp nghiên cứu: Gồm 113 sản phụ nhập viện khoa Sản bệnh viện Quốc tế Vinh từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020 có chỉ định dừng thai nghén thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

Kết quả: Tuổi trung bình $28,58 \pm 4,76$ tuổi. 77,9% trường hợp thai quá ngày dự sinh. KPCD bằng đặt bóng Foley cải tiến có tỷ lệ thành công 92% và thất bại 8%. Giá trị trung bình chỉ số Bishop trước đặt bóng $2,07 \pm 1,07$ và tăng lên $6,32 \pm 1,09$ sau đặt bóng, $p < 0,05$. 93/113 trường hợp sinh thường đường âm đạo chiếm 82,3% và 17,7% phải mổ lấy thai. KPCD thành công ở các nhóm tuổi mẹ, tuổi thai, số con đều chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm thất bại, tuy nhiên nhóm số con có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Kết luận: KPCD bằng đặt bóng Foley cải tiến có tỷ lệ thành công 92% và thất bại 8%. Giá trị trung bình chỉ số Bishop trước đặt bóng 2,07

1,07 và tăng lên $6,32 \pm 1,09$ sau đặt bóng, $p < 0,05$. Số lần sinh con trước đây có ảnh hưởng đến thành công KPCD, $p < 0,05$

SUMMARY

THE EFFICIENCY OF FOLEY SONDE IN SOFTENING AND OPENING CERVICAL IN LABOR INDUCTION

Introduction: Labor inducing aims to help the woman achieve vaginal delivery. However, 25% of women have to cesarean section, mainly because the cervix is not favorable. At the Department of Obstetrics and Gynecology at Vinh International Hospital, Foley sonde, which has been improved based on the Cook ball model, shows high applicability, low cost, avoiding many cesarean sections for pregnant women, but almost no catastrophe.

Materials and methods: Including 113 pregnant women admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology at Vinh International Hospital from January 2020 to July 2020, there are indications that pregnancy stops who satisfy the criteria for disease selection

Results: The average age is $28,58 \pm 4,76$. the percentage of overdue cases are 77,9%. Labor inducing by putting the Foley probe into the cervix improved success rate of 92%. The average value of the Bishop index before and after putting the Foley probe is 2.07 ± 1.07 and 6.32 ± 1.09 , respectively. 82.3% of cases have a normal delivery, and 17.7% have to cesarean section. The success ratio increases in the higher maternal age, gestational age, the number of children groups. However, only the last group has a significant difference.

*Bệnh viện Quốc tế Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hải

Email: hai.nguyen@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Conclusions: Induction of labor with improved Foley catheter insertion had a 92% success rate. The average value index Bishop before putting the catheter is 2.07 ± 1.07 increasing to 6.32 ± 1.09 after the procedure, $p < 0,05$. Number of previous births that affect the success of labor induction, $p < 0,05$

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là can thiệp sản khoa thường gặp, có xu hướng ngày càng tăng cao trong những năm gần đây. Mục đích của KPCD là giúp sản phụ đạt được sinh đường âm đạo khi phải dừng thai nghén, tuy nhiên có 25% sản phụ phải mổ lấy thai mà nguyên nhân chủ yếu là do cổ tử cung (CTC) không thuận lợi [12].

Theo Bishop, CTC không thuận lợi là khi tổng điểm Bishop CTC < 6 điểm và với những trường hợp này, để KPCD thành công các nhà sản khoa phải sử dụng các phương pháp làm mềm, mở CTC trước [6], [13], [16], [18].

Hai phương pháp làm mềm, mở CTC trong KPCD đã và đang được sử dụng là phương pháp hóa học (sử dụng Prostaglandin E1, E2; Oxytocin) và phương pháp cơ học (sử dụng sonde Foley, ống thông hai bóng Cook). Cả hai phương pháp này đều được WHO công nhận. Tuy nhiên, phương pháp cơ học ít gây tai biến làm cơn gò tử cung cường tính, vỡ tử cung, suy thai hơn phương pháp hóa học [2], [3], [9].

Sử dụng bóng Foley đặt kênh CTC làm mềm, mở CTC được mô tả lần đầu tiên bởi Embrey và cộng sự năm 1967 với lợi thế dễ sử dụng, chi phí thấp, ít tác dụng phụ [8]. Năm 1991 ống thông hai bóng Cook được Atad và cộng sự phát minh và đưa vào sử dụng [5]. Dựa trên mô hình bóng Cook để sáng chế ra sonde Foley cải tiến hai bóng từ

sonde Foley ba chạng số 24 [1]. Qua thời gian áp dụng thực tế tại khoa Sản Bệnh viện Quốc tế Vinh, chúng tôi thấy phương pháp này có tính ứng dụng cao, rẻ tiền, tránh được nhiều cuộc mổ đẻ cho sản phụ, mà hầu như không có tai biến gì. Do đó chúng tôi tiến hành tổng kết lại qua nghiên cứu: “Hiệu quả làm mềm, mở cổ tử cung của sonde Foley cải tiến trong khởi phát chuyển dạ” với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của ống thông Foley cải tiến
2. Đánh giá một số yếu tố liên quan

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm 113 sản phụ nhập viện khoa Sản bệnh viện Quốc tế Vinh từ tháng 1/ 2020 đến tháng hết tháng 7/2020 có chỉ định dừng thai nghén thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Một thai
- Ngôi đầu
- Màng ối còn
- Monitoring: Tim thai bình thường
- Chỉ số Bishop CTC < 6 điểm

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tất cả những trường hợp chống chỉ định đẻ đường âm đạo: đa thai, ngôi mông, ngôi vai, u tiền đạo, rau tiền đạo...
- Màng ối rách
- Mổ đẻ cũ
- Monitoring: Tim thai suy
- Bệnh lý toàn thân mẹ nặng: Bệnh tim, bệnh phổi, cao huyết áp, tiền sản giật nặng, bệnh về máu...

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu: Thuận tiện.

3. Tiêu chuẩn đánh giá

Thành công: Thăm khám CTC ngay sau tháo bóng (hoặc bóng tự tụt) thấy CTC mở ≥ 3 cm.

Thất bại: Không làm mềm và mở được CTC theo tiêu chuẩn của phương pháp, gồm có:

+ CTC mở < 3 cm ngay sau tháo bóng (hoặc bóng tự tụt).

+ Phải tháo bóng đột xuất vì chuyển dạ diễn biến bất thường: tim thai suy, dọa vỡ tử cung, nhiễm khuẩn, sa dây rốn...

4. Các bước tiến hành

Bước 1: Thai phụ vào khoa thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh được khám lâm sàng, cận lâm sàng, Stress test âm tính, đánh giá chỉ số Bishop.

Bước 2: Tư vấn thai phụ ký cam kết đồng ý đặt bóng CTC.

Bước 3: Đặt bóng Foley cải tiến vào CTC như sau:

+ Đặt bóng Foley cải tiến vào sâu trong CTC cho đến khi cả 2 bóng nằm trong lỗ trong cổ tử cung.

+ Bơm 60 ml nước muối sinh lý vào quả bóng thứ nhất ở phía trong CTC. Sau đó kéo dây bóng để quả bóng trong tử hân vào lỗ trong CTC.

+ Kiểm tra để xác định quả bóng thứ hai nằm ở lỗ ngoài CTC và ở trong âm đạo, sau đó bơm 60 ml nước muối sinh lý vào quả bóng thứ hai.

+ Kiểm tra lại để chắc chắn hai quả bóng nằm đúng vị trí. Sau đó cố định đầu dây quả bóng vào một bên đùi bệnh nhân

Bước 4: Theo dõi sát thai phụ, khi thai phụ đau bụng sẽ mắc máy Monitor theo dõi cơn co tử cung và tim thai. Sau 12 giờ nếu chưa chuyển dạ sẽ rút bóng và gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin tĩnh mạch, nếu gây chuyển dạ thành công sẽ chuyển thai phụ sang phòng sinh gắn máy Monitor theo dõi cơn co tử cung và tim thai, nếu tim thai suy thì mổ lấy thai, nếu cuộc chuyển dạ tiến triển tốt thì sẽ theo dõi sinh đường âm đạo.

5. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

1.1. Nhóm tuổi

Bảng 3.1. Nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%	Trung bình
< 25	19	16,8	28,58 $\pm$ 4,76
25 - 35	83	73,5	
> 35	11	9,7	
Tổng	113	100	

Trẻ tuổi nhất là 20 tuổi, cao nhất là 43 tuổi; nhóm tuổi từ 25 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 73,5%, trên 35 tuổi chiếm 9,7% và dưới 25 tuổi chiếm 16,8%.

1.2. Tuổi thai

Bảng 3.2. Tuổi thai

Tuổi thai	n	%	Trung bình
38 - 40	19	16,8	40,55 $\pm$ 0,83
> 40	83	73,5	
Tổng	113	100	

Có 88/113 trường hợp thai quá ngày dự sinh chiếm 77,9%. Còn 22,1% còn lại là các trường hợp thiếu ối, thai kém phát triển...

1.3. Tiền sử sinh đẻ

Bảng 3.3. Tiền sử sinh đẻ

Số con	n	%
Con so	62	54,9
Con rạ	51	45,1
Tổng	113	100

Tỷ lệ cần KPCD ở trường hợp mang thai con so và con rạ là gần tương đương nhau.

2. Kết quả đặt bóng cổ tử cung

2.1. Kết quả

Bảng 3.4. Kết quả đặt bóng cổ tử cung

Kết quả	n	%
Thành công	104	92
Thất bại	9	8
Tổng	113	100

KPCD bằng đặt bóng Foley cải tiến có tỷ lệ thành công 92% và thất bại 8%.

2.2. Thay đổi chỉ số Bishop sau 12 giờ đặt bóng

Bảng 3.5. Thay đổi chỉ số Bishop

Chỉ số Bishop	Trước đặt bóng	Sau đặt bóng	p
Con so	1,29 ± 0,45	5,71 ± 0,99	< 0,05
Con rạ	3,03 ± 0,81	7,06 ± 0,67	< 0,05
Trung bình	2,07 ± 1,07	6,32 ± 1,09	< 0,05

Giá trị trung bình chỉ số Bishop trước đặt bóng 2,07 ± 1,07 và tăng lên 6,32 ± 1,09 sau đặt bóng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.3. Kết quả cuộc chuyển dạ

Bảng 3.6. Kết quả cuộc chuyển dạ

Kết quả	n	%
Sinh thường	93	82,3
Mổ lấy thai	20	17,7
Tổng	113	100

113 trường hợp KPCD có kết quả 93/113 trường hợp sinh thường đường âm đạo chiếm 82,3% và có 17,7% phải mổ lấy thai

3. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.7. Một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		Thành công		Thất bại		p
		n	%	n	%	
Tuổi mẹ	< 25	17	89,5	2	10,5	> 0,05
	25 - 35	76	91,6	7	8,4	
	> 35	11	100	0	0	

Tuổi thai (tuần)	38 - 40	81	92	7	8	> 0,05
	> 40	23	92	2	8	
Số con	Con so	54	81,7	8	12,9	< 0,05
	Con rạ	50	98	1	2	

KPCD thành công ở các nhóm tuổi mẹ, tuổi thai, số con đều chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm thất bại, tuy nhiên chỉ có nhóm số con có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

1.1 Nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ tuổi nhất là 20 tuổi, cao nhất là 43 tuổi, tuổi trung bình $28,58 \pm 4,76$ tuổi. Như vậy, hầu hết sản phụ đang ở độ tuổi sinh đẻ. Trong nghiên cứu của Bauer Aliston M (2018) về sử dụng bóng làm chín muồi CTC kèm hoặc không kèm Oxytocin, tuổi sản phụ trong nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi 30 [14]. Sự khác biệt về tuổi sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể do tuổi kết hôn, sinh đẻ của phụ nữ là khác nhau giữa các khu vực trên thế giới.

1.2. Tuổi thai

Bảng 3.2, chỉ định KPCD chủ yếu ở những trường hợp thai quá ngày dự sinh chiếm 77,9%. Tuổi thai trung bình của nghiên cứu $40,55 \pm 0,83$ tuần. Tương đương với nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Phương Lam là $40,0 \pm 0,8$ tuần [1] và Antonella Cromi và cộng sự (2012) chọn tuổi thai là 40,4 tuần [15]. Đây là những trường hợp trẻ sơ sinh có khả năng sống được khi ra đời.

1.3. Tiền sử sinh đẻ

Bảng 3.3, tỷ lệ cần KPCD ở trường hợp mang thai con so và con rạ là gần tương đương nhau. Tương tự tác giả Sven Kehl và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 273/415 (65,8%) con so [10].

2. Kết quả đặt bóng cổ tử cung

2.1. Kết quả

Sự thành công KPCD liên quan mật thiết

đến sự mềm mại CTC khi bắt đầu KPCD. Sự mềm mại CTC (hay còn gọi là chín muồi CTC) sinh lý thường xảy ra trước khi chuyển dạ tự nhiên xuất hiện với biểu hiện là CTC ngắn dần lại, lỗ trong CTC mềm dần và mở dần ra. Bảng 3.4, KPCD bằng đặt bóng Foley cải tiến có tỷ lệ thành công 92% và thất bại 8%. Đây là một kết quả rất khả quan, đồng nghĩa với việc giúp nhiều sản phụ có cơ hội đẻ đường âm đạo, giảm tỷ lệ mổ lấy thai xuống. Tỷ lệ thành công của chúng tôi cao hơn so với tác giả Đoàn Thị Phương Lam 78,7% [1]. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2013) nghiên cứu so sánh hiệu quả KPCD của prostaglandin E2 với sonde Foley cho thai thiếu ối từ 37 tuần cho thấy thành công của sonde Foley là 76%, thất bại 24% [4]. Nguyên nhân có thể do cấu tạo bóng Foley cải tiến của chúng tôi có khác với bóng Foley của các tác giả khác..

2.2. Thay đổi chỉ số Bishop sau 12 giờ đặt bóng

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 đã cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa về điểm số Bishop CTC trước so với sau tháo bóng. Giá trị trung bình chỉ số Bishop CTC trước đặt bóng $2,07 \pm 1,07$ và tăng lên $6,32 \pm 1,09$ sau đặt bóng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm Bishop CTC trước khi tiến hành nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn là ≤ 5 điểm - đây cũng là mốc điểm thể hiện CTC không thuận lợi theo định nghĩa của tác giả Bishop [6]. Tuy nhiên nhìn vào bảng 3.4 ghi nhận 8 trường hợp CTC

không thuận lợi (≤ 5 điểm) sau khi tháo bóng. Nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lam (2019) giá trị trung bình điểm Bishop trước đặt 2,27 $\pm$ 1,18 và sau tháo 10,32 $\pm$ 2,02 [1]. Tác giả Almed (2016) ghi nhận trước đặt bóng là 2 điểm và sau đặt bóng là 5 điểm [11].

2.3. Kết quả cuộc chuyển dạ

Bảng 3.6, kết quả 113 cuộc chuyển dạ có 93 trường hợp sinh ngã âm đạo chiếm 82,3% và 17,7% trường hợp phải mổ lấy thai. Tác giả Đoàn Thị Phương Lam (2019) ghi nhận kết quả sinh thường 81,33% và mổ lấy thai 18,67% [1]. Tác giả Nguyễn Bá Mỹ Ngọc so sánh hiệu quả KPCD của prostaglandin E2 với sonde Foley cho kết quả tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm sử dụng bóng Foley là 50% [4].

3. Một số yếu tố liên quan

3.1. Tuổi mẹ

Bảng 3.7, tỷ lệ KPCD thành công ở các nhóm tuổi > 35 chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Ở độ tuổi này, hầu như các trường hợp đều là con rạ nên khả năng thành công sẽ cao hơn. Tuy tỷ lệ KPCD thành công cao ở các nhóm tuổi so với nhóm thất bại nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Điều này cho thấy tuổi mẹ không ảnh hưởng đến kết quả KPCD.

3.2. Tuổi thai

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai khi KPCD hay gặp nhất là thai quá ngày dự sinh. Bảng 3.7, cho thấy tuổi thai không ảnh hưởng đến thành công của KPCD. Trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Phương Lam (2019) ghi nhận kết quả tương tự [1]. Nghiên cứu của Chauhan (2012) tại Mỹ cũng cho thấy không có sự liên quan giữa tuổi thai với kết quả [7].

3.3. Số con

Nhiều nghiên cứu khẳng định KPCD bằng

phương pháp hoá học hay cơ học cho những sản phụ có CTC không thuận lợi mà sinh lần đầu sẽ khó thành công hơn so với những sản phụ sinh con lần hai trở đi [17]. Bảng 3.7, tỷ lệ KPCD ở nhóm con rạ thành công 98% cao hơn ở nhóm con so 81,7% và cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thất bại. Điều này cho thấy số lần sinh có mối liên quan với sự thành công KPCD. Tác giả Đoàn Thị Phương Lam ghi nhận thành công nhóm con so là 76,8%, con rạ 83, cao hơn nhóm thất bại [1].

V. KẾT LUẬN

- KPCD bằng đặt bóng Foley cải tiến có tỷ lệ thành công 92% và thất bại 8%.

- Giá trị trung bình chỉ số Bishop trước đặt bóng 2,07 $\pm$ 1,07 và tăng lên 6,32 $\pm$ 1,09 sau đặt bóng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sinh thường đường âm đạo chiếm 82,3% và mổ lấy thai 17,7%.

- Tuổi của sản phụ và tuổi thai không có mối liên quan đến thành công KPCD.

- Số lần sinh con trước đây có ảnh hưởng đến thành công KPCD, $p < 0.05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Thị Phương Lam (2019), Nghiên cứu tác dụng làm mềm, mở cổ tử cung của sonde Foley cải tiến trong gây chuyển dạ, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội..
2. Huỳnh Thị Duy Hương (2011), Hồi sức cấp cứu sơ sinh tại phòng sinh, Sản phụ khoa tập 2, NXB Y học TPHCM, tr. 598 - 641..
3. Lê Thị Hồng Vân (2015), "Hiệu quả của ống thông Foley trong khởi phát chuyển dạ ở thai phụ có tiền căn mổ lấy thai", Đại Học Y Dược TPHCM..
4. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2013), "So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2

- và ống thông Foley ở thai ≥ 37 tuần thiếu ối", Bệnh viện Từ Dũ
5. **Atad J. et al. (1991)**, "Nonpharmaceutical ripening of the unfavorable cervix and induction of labor by a novel double balloon device", *Obstetrics and gynecology*. **77** (1), pp. 146-152..
 6. **Bishop E. H. (1964)**, "PELVIC SCORING FOR ELECTIVE INDUCTION", *Obstetrics and gynecology*. **24**, pp. 266-268..
 7. **Chauhan S. P. et al. (2012)**, "Induction of labor in the United States: a critical appraisal of appropriateness and reducibility", *Semin Perinatol*. **36** (5), pp. 336-343..
 8. **Embrey M. P. et al. (1967)**, "The unfavourable cervix and induction of labour using a cervical balloon", *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. **74** (1), pp. 44-48..
 9. **Jozwiak M. et al. (2013)**, "Foley catheter or prostaglandin E2 inserts for induction of labour at term: an open-label randomized controlled trial (PROBAAT-P trial) and systematic review of literature", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. **170** (1), pp. 137-145..
 10. **Kehl S. et al. (2016)**, "Double-balloon catheter and sequential oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term: a retrospective cohort study", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. **204**, pp. 78-82..
 11. **Sayed Ahmed W. A. et al. (2016)**, "Use of the Foley catheter versus a double balloon cervical ripening catheter in pre-induction cervical ripening in postdate primigravidae", *J Obstet Gynaecol Res*. **42** (11), pp. 1489-1494..
 12. **Tolcher Mary Catherine et al. (2015)**, "Predicting Cesarean Delivery After Induction of Labor Among Nulliparous Women at Term", *Obstetrics and gynecology*. **126** (5), pp. 1059-1068..
 13. **Vrouenraets F. P. et al. (2005)**, "Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women", *Obstetrics and gynecology*. **105** (4), pp. 690-697..
 14. **Bauer Alison M. et al. (2018)**, "Cervical ripening balloon with and without oxytocin in multiparas: a randomized controlled trial", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. **219** (3), pp. 294.e291-294.e296..
 15. **Cromi Antonella et al. (2012)**, "A randomized trial of preinduction cervical ripening: dinoprostone vaginal insert versus double-balloon catheter", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **207** (2), pp. 125.e121-125.e127..
 16. **Huisman Claartje M. A. et al. (2013)**, "Cervical Ripening in The Netherlands: A Survey", *Obstetrics and Gynecology International*. **2013**, pp. 745159..
 17. **Johnson David P. et al. (2003)**, "Risk of cesarean delivery after induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **188** (6), pp. 1565-1572..
 18. **Justus Hofmeyr G. (2003)**, "Induction of labour with an unfavourable cervix", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. **17** (5), pp. 777-794..

KHẢO SÁT KIẾN THỨC- THÁI ĐỘ- HÀNH VI VỀ SỰ CỐ VÀ BÁO CÁO SỰ CỐ CỦA NHÂN VIÊN PHÒNG KHÁM

**Đào Minh Phương*,
Nguyễn Đình Phương Thảo*, Nguyễn Tuấn***

TÓM TẮT

Nhận diện và báo cáo sự cố là một phương pháp giúp giảm thiểu rủi ro và nâng cao chất lượng phòng khám. Trong thời gian 1 năm qua, số sự cố chúng tôi ghi nhận được là rất ít, không phản ánh đúng thực trạng hiện có. Vì vậy, chúng tôi thực hiện một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 38 nhân viên trong tháng 8/2020 để tìm câu trả lời. Kiến thức của nhân viên về sự cố và báo cáo sự cố có tỉ lệ khá tốt nếu xét riêng theo từng biến số nghiên cứu, dao động từ 60-97%. Tỉ lệ có thái độ và hành vi thích hợp chỉ ở khoảng 26-60%. Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số năm làm việc, tham gia tập huấn với việc có biết và cài App Hoàn Mỹ 115 ($p < 0,05$). Phòng khám cần triển khai thêm và đa dạng hóa hình thức tập huấn; tạo bảng thông tin sự cố hàng tháng; xây dựng văn hóa làm chủ, thay đổi văn hóa đổ lỗi để mọi người nhiệt tình tham gia vào nhận diện và báo cáo sự cố.

Từ khóa: Sự cố, Báo cáo sự cố

SUMMARY

KNOWLEDGE - ATTITUDE – BEHAVIOUR ABOUT INCIDENTS AND INCIDENT REPORTS BY CLINIC STAFF

The identification and reporting of incidents

**Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Hữu Nghị*

Chịu trách nhiệm chính: Đào Minh Phương

Email: phuong.dao6@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

is a tool to help in reducing risks and improving clinic quality. During the past year, we recorded very few incidents. This does not reflect the current situation. Therefore, 38 clinic staff were enrolled in a cross-sectional descriptive study in August 2020 to find the answer. Knowledge of the staff has a pretty good rate when considering each measurement variable, ranging from 60-97%. However, the rate of appropriate attitudes and behaviors is only 26-60%. A statistically significant relationship is defined between both working years and training participation with knowing and installing Hoan My 115 App ($p < 0.05$). To deploy more and to better diversify training forms; create monthly incident news; build a culture of ownership and change the culture of blame are needed for employees to participate enthusiastically in identifying and reporting incidents.

Key word: Incidents, Incident reports

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngay từ năm 2001, Học viện Y khoa Hoa Kỳ đã đưa ra 6 tiêu chí để xây dựng một cơ sở y tế chất lượng. Chúng chính là sự an toàn, người bệnh là trung tâm, hiệu quả, tiết kiệm, công bằng và kịp thời. Đạt được sự an toàn người bệnh chính là bước thiết yếu đầu tiên để cải thiện chất lượng[6]. Vì sao An toàn người bệnh lại quan trọng như vậy? Tại Hoa Kỳ, hàng ngày ước tính có khoảng 1000 người chết vì các sai sót y tế, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau ung thư và bệnh tim[4]. Trên toàn cầu, cứ 10 bệnh nhân thì có tới 4 người bị tổn hại khi được điều trị ngoại trú hoặc khám chữa bệnh tại cơ sở chăm sóc

sức khỏe ban đầu. Và 80% các tổn hại này có thể phòng ngừa được[7]. Con người thì không thể tránh được sai sót. Việc xây dựng một hệ thống không có sai sót là điều bất khả thi[4]. Vấn đề mấu chốt chính là nhận diện, khai báo, học hỏi từ các sai sót và xây dựng các kế hoạch dự phòng.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 43/2018/TT-BYT năm 2018 về “Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”. Thông tư này là cơ sở pháp lý hướng dẫn việc báo cáo sự cố y khoa, phân tích, phản hồi và xử lý sự cố y khoa, từ đó đưa ra những khuyến cáo, cảnh báo và khắc phục để phòng ngừa sự cố y khoa[5].

Tại Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ, năm 2019, đã đưa ra chính sách quản lý sự cố cập nhật theo Thông tư 43/2018/TT-BYT. Trong đó nêu rõ sự cố là một sự việc xảy ra bất thường so với các hoạt động hàng ngày của phòng khám, có thể dẫn đến hoặc đã gây ra hậu quả ngoài dự tính hoặc không cần thiết cho một đối tượng cụ thể và/hoặc một sự khiêu nại, mất mát hay thiệt hại. Nhận diện và báo cáo sự cố phải được nhìn nhận là một phương pháp giúp giảm thiểu rủi ro và nâng cao chất lượng trong việc chăm sóc sức khỏe cho người bệnh [1].

Tại phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Hữu Nghị, để có thể xây dựng một cơ sở y tế chăm sóc ban đầu có chất lượng, chúng tôi hiểu rằng bước đầu tiên chính là nhận diện và báo cáo từ những sự cố dù nhỏ nhất. Thế nhưng dù đã được huấn luyện, đã được cung cấp ứng dụng báo cáo sự cố thì số sự cố được ghi nhận trong phòng khám thời gian qua là rất ít, không phản ánh đúng thực trạng hiện có của phòng khám. Vì thế, chúng tôi

tiến hành nghiên cứu này nhằm 3 mục tiêu sau:

1. *Xác định tỉ lệ nhân viên có kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố*

2. *Khảo sát mối liên quan giữa kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố và một số đặc điểm của nhân viên.*

3. *Đề xuất một số giải pháp phù hợp với phòng khám để nâng cao kiến thức- thái độ- hành vi về sự cố và báo cáo sự cố của nhân viên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả nhân viên đang làm việc tại Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Hữu Nghị trong tháng 8 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả nhân viên đang làm việc tại Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Hữu Nghị trong tháng 8/2020,

Nhân viên đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Nhân viên không có mặt trong thời gian làm khảo sát: nghỉ thai sản, nghỉ bệnh...

Cỡ mẫu

Bởi vì Phòng khám nhỏ nên chúng tôi tiến hành thu thập tất cả các nhân viên thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ trực tiếp điền vào bộ câu hỏi của nhóm nghiên cứu soạn sẵn trước.

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20, để so sánh các biến định tính chúng tôi dùng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher's Exact.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ nhân viên có kiến thức - thái độ - hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố

Bảng 1: Kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố

	Yếu tố đo lường	Tỷ lệ đúng (n, %)
Kiến thức	2 loại sự cố có thể xảy ra trong phòng khám	34 (89)
	4 nhóm nguyên nhân liên quan đến sự cố	18 (47)
	4 tình huống lý thuyết phải báo cáo	31 (82)
	Ích lợi của báo cáo	37 (97)
	Người thực hiện báo cáo	20 (53)
	Các hình thức báo cáo	4 (10)
Thái độ	Đồng ý tất cả 10 tình huống thực tế là sự cố	6 (16)
	Đồng ý báo cáo tất cả 10 tình huống thực tế	6 (16)
Hành vi	Có báo cáo sự cố trong vòng 12 tháng qua	10 (26)
	Cài App Hoàn Mỹ 115	23 (60)

Nhận xét: Kiến thức chung về sự cố, báo cáo sự cố có tỉ lệ dao động lớn tùy thuộc vào biến số đo lường (từ 10% đến 97%). Chỉ có 16% đồng ý tất cả 10 tình huống thực tế đều là sự cố và cần phải báo cáo. Tỷ lệ có hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố chỉ ở mức 26-60%.

2. Mối liên quan giữa kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố và một số đặc điểm của nhân viên

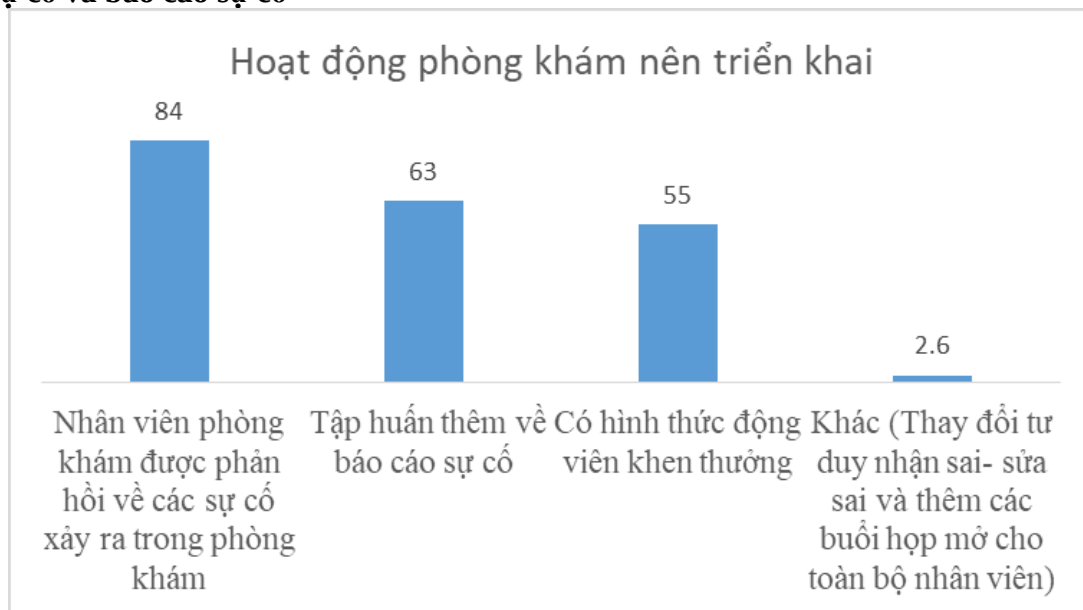
Bảng 4: Mối liên quan giữa kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố và một số đặc điểm của nhân viên

Yếu tố đo lường		Kiến thức	Thái độ	Hành vi
		Biết hình thức báo cáo qua App Hoàn Mỹ 115	Đối với 10 tình huống thực tế	Cài đặt App Hoàn Mỹ 115
Số năm làm việc	Nhỏ hơn 1 năm	7 (25)	3 (50)	5 (22)
	Trên 1 năm	21 (75)	3 (50)	18 (78)
	P	0,004	0,44	0,007
Số giờ làm mỗi tuần	Nhỏ hơn 40 giờ	2 (7)	1 (17)	1 (4)
	Trên 40 giờ	26 (93)	5 (83)	22 (96)
	P	0,03	0,67	0,27
Vị trí công tác	Bác sĩ, điều dưỡng, KTV, Dược sĩ	17 (61)	4 (67)	14 (61)
	NV quản lý, thu ngân, vi tính, hộ lý	11 (39)	2 (33)	9 (39)
	P	0,24	0,67	0,33

Tham gia tập huấn	Đã tham gia	23 (82)	4 (67)	20 (87)
	Chưa tham gia	5 (18)	2 (33)	3 (13)
	P	<0,001	0,61	<0,001

Nhận xét: Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số năm làm việc, tham gia tập huấn với việc có biết và cài App Hoàn Mỹ 115. Không ghi nhận mối liên quan nào giữa thái độ phù hợp và một số đặc điểm nghiên cứu của nhân viên.

3. Một số giải pháp phù hợp với phòng khám để nâng cao kiến thức- thái độ- hành vi về sự cố và báo cáo sự cố



Biểu đồ 1: Các hoạt động phòng khám nên triển khai

Nhận xét: Nhân viên phòng khám cần được phân hời về các sự cố xảy ra trong phòng khám chiếm tỉ lệ cao nhất 32/38 (84%).

IV. BÀN LUẬN

1. Tỉ lệ nhân viên có kiến thức - thái độ - hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố

Trên 80% nhân viên hiểu rằng tại phòng khám có thể xảy ra những sự cố y khoa cũng như ngoài y khoa và việc báo cáo sự cố dù chỉ là những tình huống có nguy cơ xảy ra hoặc xảy ra nhưng chưa gây hại cho người bệnh thì cũng đem lại ích lợi nhất định cho phòng khám, giúp phòng khám điều chỉnh lại những thiếu sót. Liên quan đến nhóm nguyên nhân và người thực hiện báo cáo, ghi nhận

nhân viên phòng khám đều nhận diện được vai trò của mỗi biến số với tỉ lệ khá cao từ 60-97% tùy theo từng biến số. Tuy nhiên, tổng hợp lại chỉ có khoảng 50% nhân viên chọn đủ các nhóm nguyên nhân gây ra sự cố và nhóm người thực hiện báo cáo. Và chỉ có 10% nhân viên chọn đủ các hình thức báo cáo, nhưng số lượng nhân viên chọn hình thức báo cáo sự cố bằng điện thoại và ứng dụng Hoàn Mỹ 115 khá cao, tỉ lệ là 71 và 74%. Như vậy, phần kiến thức của nhân viên tại phòng khám về sự cố và báo cáo sự cố có

tỉ lệ khá tốt nếu xét riêng theo từng biến số nghiên cứu, dao động từ 60-97%.

Chúng tôi đã dùng 10 tình huống thực tế để khảo sát thái độ của nhân viên về việc nhận diện sự cố và báo cáo sự cố. Tỉ lệ đồng thuận những tình huống cụ thể này là sự cố dao động từ 37-89% tùy tình huống. Có 3 tình huống, số lượng nhân viên y tế nhận diện là sự cố và báo cáo sự cố thấp hơn 50% và chỉ 16% đồng ý rằng tất cả tình huống đều là sự cố. Rõ ràng khi so sánh với mức 89% có kiến thức về những sự cố có thể xảy ra tại phòng khám thì thái độ đồng thuận là không cao. Một vấn đề tương tự khi phân tích về báo cáo sự cố. Tỉ lệ đồng thuận báo cáo khi xác định đây là sự cố dao động từ 34-79% tùy tình huống, trong khi về mặt lý thuyết 82% nhân viên hiểu rằng nên báo cáo ngay cả những tình huống có nguy cơ xảy ra sai sót, hoặc xảy ra mà chưa gây thiệt hại gì cho người bệnh và 97% hiểu được ích lợi của việc báo cáo. Như vậy, ở đây đã có một khoảng chênh giữa kiến thức và thái độ phù hợp về sự cố và báo cáo sự cố.

Để khảo sát về hành vi của nhân viên, chúng tôi dựa vào 2 câu hỏi anh/chị có báo cáo sự cố nào trong 12 tháng vừa qua và anh/chị đã cài ứng dụng Hoàn Mỹ 115 chưa. Kết quả chỉ có 26% có báo cáo sự cố và 60% nhân viên đã cài ứng dụng. Nếu so sánh với tỉ lệ 60-97% nhân viên có kiến thức đúng về sự cố và báo cáo sự cố khi xét riêng từng biến số nghiên cứu, chúng tôi một lần nữa ghi nhận có khoảng chênh, nhưng là khoảng chênh giữa kiến thức và hành vi phù hợp.

Để tìm hiểu điều gì đã khiến cho có khoảng chênh giữa kiến thức và thái độ hành vi phù hợp, chúng tôi đã dùng câu hỏi

vì sao các anh chị không có báo cáo nào trong thời gian 12 tháng qua, thì 52% chọn đáp án tôi không phải là người trực tiếp tham gia sự cố; 13% chọn nhiều việc nên quên; 2,6% chọn tôi không muốn nói xấu về đồng nghiệp, về phòng khám; 10% chọn phòng khám sẽ tập trung vào cá nhân chứ không phải vấn đề để phân tích nguyên nhân; 5% chọn nhân viên cảm thấy bị thành kiến, đối xử khác biệt khi có sai sót; 5% chọn thời gian cho phép gửi báo cáo quá ngắn chỉ trong vòng 24 giờ. Ở đây, có thể thấy 2 vấn đề nổi bật là tinh thần làm chủ của nhân viên chưa cao và văn hóa đổ lỗi vẫn còn tồn tại khiến cho nhân viên rất e ngại báo cáo sự cố.

Kết quả của chúng tôi rất khác với nghiên cứu của Omona Kizito[3]. Tác giả đã tìm hiểu trên 44 nhân viên bao gồm cả nhóm trực tiếp và gián tiếp về báo cáo sự cố y khoa tại trung tâm sức khỏe Midigo, Uganda, năm 2016 và ghi nhận kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp có tỉ lệ cao tương ứng là 84,1%; 97,7%; 72,6%. Nghiên cứu này cho thấy việc không rõ cách thức gửi báo cáo, chưa có văn hóa báo cáo và thiếu thời gian là những rào cản chính của việc không báo cáo. Đặc biệt, lo sợ hậu quả của báo cáo không phải là một cản trở cho việc báo cáo sự cố y khoa.

Nghiên cứu của chúng tôi có chung một số rào cản với nghiên cứu của Marilyn [2] năm 2004 trên 14 bác sĩ và 19 điều dưỡng tại những bệnh viện công lập của Úc về thái độ đối với việc báo cáo sự cố. Tác giả ghi nhận các rào cản phổ biến đối với việc báo cáo bao gồm hạn chế về thời gian, thiếu kiến thức chuyên môn, chuẩn mực văn hóa, phản hồi không đầy đủ và thiếu nhận thức về giá trị báo cáo.

2.Mối liên quan giữa kiến thức- thái độ- hành vi phù hợp về sự cố, báo cáo sự cố và một số đặc điểm của nhân viên

Chúng tôi ghi nhận khi nhân viên làm việc trên một năm, và đã tham gia tập huấn thì nhận biết ứng dụng Hoàn Mỹ 115 tốt hơn ($p < 0,05$) và tăng tỉ lệ cài đặt ứng dụng Hoàn Mỹ 115 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cũng dễ hiểu và cũng cho thấy ích lợi của việc tập huấn.

So với nghiên cứu của Marylin [2]. Tác giả ghi nhận điều dưỡng báo cáo sự cố thường xuyên hơn bác sĩ. Lý do là điều dưỡng thường tuân theo các chỉ thị, quy trình trong khi bác sĩ làm việc ít dựa vào các chỉ thị, giải quyết các sự việc thường mang tính nội bộ. Nghiên cứu của Omona Kizito[3] thì không ghi nhận bất cứ mối liên hệ nào giữa vị trí công tác của nhân viên và kiến thức về sự cố, báo cáo sự cố.

3.Một số giải pháp phù hợp với phòng khám để nâng cao kiến thức- thái độ- hành vi về sự cố và báo cáo sự cố

Như đã phân tích ở trên, việc tập huấn đã mang lại ích lợi trong nhận diện và cài đặt ứng dụng Hoàn Mỹ 115 có ý nghĩa thống kê. Vì vậy, chúng tôi sẽ tiếp tục việc tập huấn thêm và đa dạng hóa hình thức tập huấn như phân tích tình huống, sử dụng phim, video để các nhân viên có thể dễ dàng tiếp nhận, áp dụng được những kiến thức đã học, nhằm giảm khoảng chênh giữa kiến thức và thái độ-hành vi.

Nhân viên phòng khám mong muốn được phản hồi về các sự cố xảy ra trong phòng khám chiếm tỉ lệ 84%. Bình thường chúng tôi vẫn phản hồi trong giao ban phòng khám hàng tháng cho các trưởng bộ phận nhưng có

thể việc truyền đạt tiếp xuống cho các nhân viên trong các phòng ban chưa đầy đủ, nên chúng tôi sẽ làm thông báo mỗi tháng và đưa vào trong nhóm chung để tất cả các nhân viên đều được tiếp cận thông tin đầy đủ.

Hai vấn đề khác cần xem xét chính là tinh thần làm chủ của nhân viên chưa cao và văn hóa đổ lỗi vẫn còn tồn tại khiến cho nhân viên rất e ngại báo cáo sự cố. Việc xây dựng văn hóa làm chủ, thay đổi văn hóa đổ lỗi là một nỗ lực không dễ, không phải làm được ngay. Bước đầu chúng tôi nghĩ là cần tạo thêm các buổi họp cho toàn bộ nhân viên mỗi tháng một lần với bầu không khí cởi mở, khuyến khích nhân viên trao đổi, đưa ý kiến về sai sót và có thể có những tuyên dương, khen ngợi các cá nhân, phòng ban có những báo cáo sự cố kịp thời. Lãnh đạo phòng khám cần tuân thủ nguyên tắc phân tích sự cố là hậu quả của một chuỗi những lỗi hỏng trong hệ thống và truyền được thông điệp rõ ràng về việc báo cáo và phân tích sự cố chính là cơ hội quý báu giúp phòng khám xây dựng, cải thiện tốt hơn[4].

V. KẾT LUẬN- KIẾN NGHỊ

Phản kiến thức của nhân viên tại phòng khám về sự cố và báo cáo sự cố có tỉ lệ khá tốt nếu xét riêng theo từng biến số nghiên cứu, dao động từ 60-97%. Tuy nhiên có khoảng chênh rõ ràng giữa kiến thức và thái độ- hành vi phù hợp. Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số năm làm việc, tham gia tập huấn với việc có biết và cài đặt App Hoàn Mỹ 115 ($p < 0,05$). Những cản trở cho việc báo cáo chính là thiếu sự phản hồi về các sự cố đã xảy ra, chưa có hình thức khen thưởng, tinh thần làm chủ của nhân viên chưa cao và văn hóa đổ lỗi còn tồn tại.

Phòng khám cần triển khai thêm và đa dạng hóa hình thức tập huấn; tạo bảng thông tin sự cố hàng tháng; xây dựng văn hóa làm chủ, thay đổi văn hóa đổ lỗi để mọi người nhiệt tình tham gia vào nhận diện và báo cáo sự cố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Janet E Anderson, et al.** Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, pp.1–10
2. **Marylin J Kingston, et al.** Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 2004, vol 181(1), pp.36–9.
3. **Omano Kizito.** Knowledge, Attitude and Practice of Medical Incident Reporting Among Healthcare Professionals: A Study of Midigo Health Centre IV. *Texila International Journal Medicine*, 2016, vol 4(2), pp.1-20.
4. **Radhakrishna. S.** Culture of blame in the National Health Service; Consequences and solutions. *British Journal of Anaesthesia*, 2015, vol 115 (5), pp.653–5.
5. **Thông tư 43/2018/TT-BYT.** Phòng ngừa sự cố y khoa trong cơ sở khám bệnh chữa bệnh, 2018. <https://thukyluat.vn/vb/thong-tu-43-2018-tt-byt-phong-ngua-su-co-y-khoa-trong-co-so-kham-benh-chua-benh-598fd.html>
6. **Vincent C, et al.** How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ*, 2000, vol 320(7237), pp.777–81.
7. **World Health Organization (WHO).** Patient Safety, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN SỐNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Vũ Ngọc Bảo Quỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật hàn xương liên thân đốt sống cột sống thắt lưng

Phương pháp: Mô tả hàng loạt ca

Kết quả: n = 35. Tuổi lớn nhất là 79 tuổi, tuổi nhỏ nhất 27 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 18/17. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo thang điểm PROLO tại thời điểm xuất viện bao gồm trung bình 34,29% (n=12) và khá 65,71% (n=23). Sau phẫu thuật 01 tháng, trung bình chiếm 11,43 % (n=4), khá chiếm 45,71% (n=16) và tốt chiếm 42,86% (n=15). Sau phẫu thuật 03 tháng, khá chiếm 20% (n=7) và tốt chiếm 80% (n=29). Thời gian phẫu thuật chủ yếu là 2 đến 4h (80%), lượng máu mất đa số dưới 300ml (57,14%). Thời gian nằm viện thường gặp 8-14 ngày. Vị trí đốt sống thường gặp nhất là L4L5.

Kết luận: phẫu thuật hàn xương liên thân đốt sống cột sống thắt lưng cho kết quả khả quan tăng dần theo thời gian. Khi xuất viện không có ca nào tốt, nhưng sau 01 tháng có 42,86% tốt và sau 3 tháng có 80% tốt. Không có trường hợp nào tệ hơn trước mổ.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVE OF LUMBAR INTERBODY FUSION SURGICAL

*Bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Bảo Quỳnh

Email: drvuquynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Objectives: Evaluating the effective of lumbar interbody fusion surgical

Methods: Describe series of cases

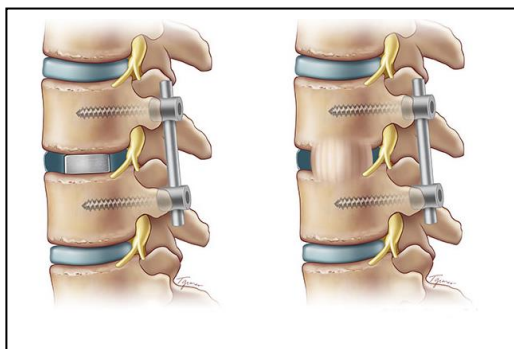
Result: n = 35. The oldest is 79 years old, the youngest is 27 years old. The male / female ratio is 18/17. Assessment of postoperative results on a PROLO scale at the time leaving the hospital included moderate is 34,29% (n=12), mild is 65,71% (n=23). 01 month after surgery, moderate is 11,43% (n=4), mild is 45,71% (n=16) and good is 42,86% (n=15). 03 months after surgery, mild is 20% (n=7) and good is 80% (n = 29). The time of surgery is mainly 2 to 4 hours (71.43%), the majority of blood loss is usually less than 300ml (57,14%). Time usually stay at hospital is 8 - 14 days. The most common vertebral failed is L4L5.

Conclusion: Lumbar interbody fusion surgical gives positive results gradually increasing over time. There were no good cases when leaving the hospital, but after 01 month there was 39% good and after 3 months there was 79% good. There were no worse case.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa đĩa đệm và sụn khớp liên mấu cột sống thắt lưng thường gặp ở người có tuổi, người lao động nặng hoặc lao động ít di chuyển, là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh lý về cột sống, làm giảm khả năng vận động và dẫn đến chất lượng cuộc sống kém⁽⁴⁾.

Phẫu thuật hàn xương liên thân sống ở những đốt bị thoái hóa là một lựa chọn điều trị hiệu quả để ổn định đoạn cột sống bệnh lý gây đau nhức, và qua đó giải áp các cấu trúc thần kinh bị chèn ép⁽⁴⁾.

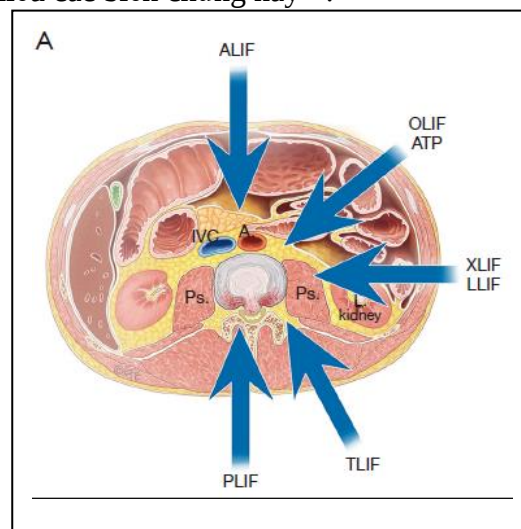


Một quá trình phẫu thuật hàn xương gồm có : bắt vít cố định đoạn cột sống bệnh lý, lấy bỏ dây chằng và bao khớp phì đại cùng với nhân đệm thoát vị chèn ép các cấu trúc thần kinh, đặt PEEK (đĩa đệm nhân tạo) chứa xương tự thân hay nhân tạo vào khe liên đốt để tạo cầu xương kết dính các thân sống. Sự kết dính các thân sống bằng cầu xương tạo bởi PEEK được gọi là hàn xương.

Các phương thức phẫu thuật hàn xương liên thân sống cột sống thắt lưng bao gồm: hàn xương liên thân sống lối sau (PLIF), hàn xương liên thân sống lối sau qua lỗ liên hợp (TLIF), hàn xương liên thân sống qua lỗ liên hợp bằng xâm lấn tối thiểu (MI-TLIF) / ATP), hàn xương liên thân sống lối bên (LLIF) và hàn xương liên thân sống lối trước (ALIF). Các chỉ định có thể bao gồm: đau thắt lưng sau sinh, hội chứng chùm đuôi ngựa, đau rễ thần kinh do hẹp lỗ liên hợp, biến dạng cột sống thắt lưng bao gồm trượt và vẹo cột sống⁽⁴⁾.

Nhìn chung, tiếp cận lối trước tránh được tổn thương ống sống, bao màng cứng và rễ thần kinh, tuy nhiên lại gặp các biến chứng liên quan đến các tạng và mạch máu trong ổ bụng. Ngoài ra, tiếp cận lối bên có những rủi ro tiềm ẩn đối với đám rối thần kinh thắt lưng và cơ thắt lưng chậu. Hàn xương lối sau thường được sử dụng với khả năng hàn

xương tốt và tỷ lệ biến chứng thấp, tuy nhiên chúng bị hạn chế vì hình thành sẹo co rút của bao màng cứng và dây thần kinh, cùng với tổn thương cột sau của cột sống. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (MIS) phát triển làm giảm thiểu các biến chứng này⁽⁴⁾.



Trong trường hợp bệnh nhân bị loãng xương, độ kết dính giữa xương và dụng cụ làm cứng là không cao, phương pháp giải quyết được áp dụng là sử dụng thêm xi măng sinh học ở mỗi vít, hay còn gọi là vít rồng bơm xi măng.

Tại Việt Nam, phẫu thuật cột sống được quan tâm từ những năm cuối thế kỷ XX. Qua thập niên đầu của thế kỷ XXI, phẫu thuật cột sống phát triển mạnh mẽ. Phương thức tiếp cận chủ yếu của các phẫu thuật viên là PLIF và TLIF. Phẫu thuật cột sống giờ có thể thực hiện được hầu như ở các khoa chuyên ngành Ngoại Thần Kinh và Cột sống tại các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh với phương thức làm cứng hàn xương liên thân đốt sống lối sau. Từ 2008, khi phẫu thuật làm cứng bằng xâm lấn tối thiểu (MIS TLIF) được thực hiện ở Việt Nam bởi Võ Xuân Sơn, cho đến vài năm gần đây, phương pháp này đang được nhiều nơi bắt đầu triển khai.

Khoa CTCH – PHCN bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc Tế Đồng Nai đã triển khai phẫu thuật hàn xương liên thân đốt sống với TLIF bao gồm cả vít rỗng bơm xi măng và MIS TLIF được khoảng 03 năm. Nay chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 6/2017 đến 6/2020

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát: Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật hàn xương liên thân đốt sống cột sống thắt lưng

Mục tiêu cụ thể:

1. *Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo thang điểm Prolo vào các thời điểm xuất viện, sau mổ 01 tháng, sau mổ 03 tháng*
2. *Khảo sát đặc điểm mẫu : tuổi, giới, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật, vị trí đốt sống được phẫu thuật, phương thức phẫu thuật (TLIF, MIS TLIF, TLIF với vít rỗng bơm cement), tỷ lệ biến chứng (nhiễm trùng, tụ dịch vết mổ, dò dịch não tủy, tổn thương thần kinh trong phẫu thuật)*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật làm cứng hàn xương liên thân đốt sống cột sống thắt lưng tại bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai từ tháng 6/2017 đến 6/2020.

2.1.2. *Tiêu chuẩn chọn mẫu.* Bệnh nhân được phẫu thuật làm cứng hàn xương liên thân đốt sống cột sống thắt lưng

2.1.3. *Tiêu chuẩn loại trừ.* Bệnh nhân bỏ tái khám trong 3 tháng sau phẫu thuật

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc Tế Đồng Nai

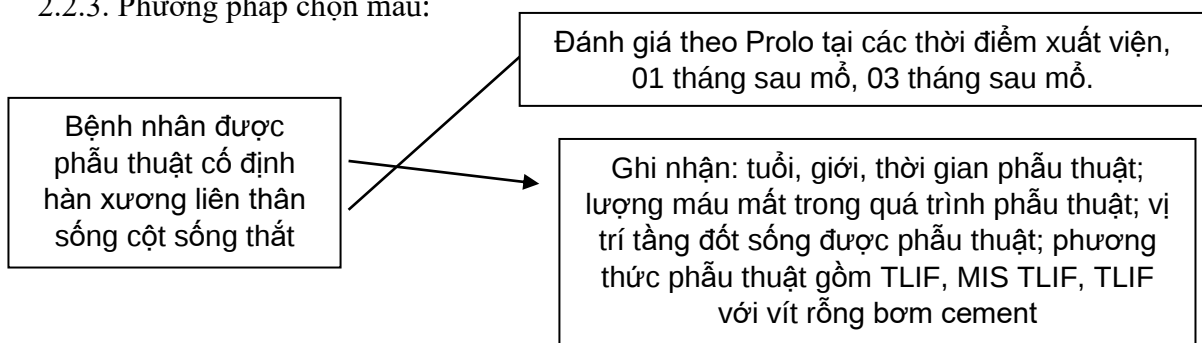
Thời gian: 6/2017 đến 06/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca

2.2.2. Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân nhập viện bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai đáp ứng tiêu chí chọn mẫu.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:



2.2.4 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Thông qua phần mềm SPSS, trình bày kết quả dưới dạng bảng và biểu đồ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số ca phẫu thuật : n = 35

- | | | | |
|-----------|-------------|-------------|------------------|
| 1. Tuổi: | Lớn nhất 79 | Nhỏ nhất 27 | Trung bình 51 |
| 2. Giới : | Nam 18 | Nữ 17 | Nam / Nữ : 18/17 |

3. Phương thức phẫu thuật :

Bảng 3.1 : Thống kê số ca theo phương thức phẫu thuật

Phương thức phẫu thuật	Số ca
TLIF	17 (48,56 %)
MIS TLIF	12 (34,30 %)
TLIF với vít rộng bơm cement	6 (17,14 %)

Nhận xét: đa phần được thực hiện là mổ hở TLIF, do phương pháp này thông dụng, phổ biến

4. Thời gian phẫu thuật:

Bảng 4.1: Thống kê thời gian phẫu thuật

Thời gian	Số ca	Tỷ lệ
< 120 phút	0	0
120 – 240 phút	28	80 %
> 240 phút	7	20 %

Nhận xét: Đa phần thời gian các ca mổ kéo dài 120- 240 phút

5. Lượng máu mất trong phẫu thuật :

Bảng 5.1: Thống kê lượng máu mất

Lượng máu mất	Số ca	Tỷ lệ
< 300 ml	20	57,14 %
300 -500 ml	12	34,29 %
500ml	3	8,57 %

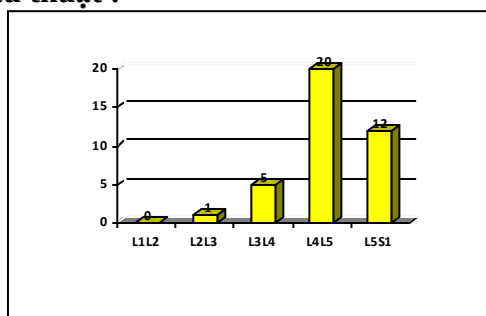
Nhận xét: Đa phần các ca máu mất < 300ml

6. Biến chứng:

Bảng 6.1: Thống kê tỷ lệ biến chứng

Biến chứng	Số ca	Tỷ lệ
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,57 %
Tụ dịch vết mổ	2	7,14 %
Dò dịch não tủy	0	0
Tổn thương thần kinh do phẫu thuật	0	0

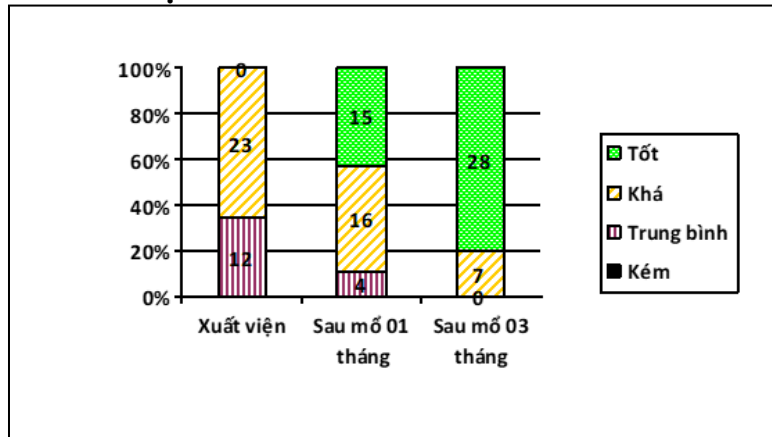
7. Vị trí đốt sống phẫu thuật :



Biểu đồ 1 : Thống kê vị trí đốt sống được phẫu thuật

Nhận xét: Vị trí cần can thiệp nhiều nhất là L4L5, kế đến là L5S1

8. Đánh giá theo Prolo tại các thời điểm:



Biểu đồ 2 : Kết quả theo Prolo

Nhận xét: kết quả tốt dần theo thời gian. Sau 03 tháng, 80% cho kết quả tốt

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 51 tuổi trong lứa tuổi lao động. Lê Văn Công Tuổi trung bình: $49 \pm 6,1$ tuổi⁽²⁾ Đây là lứa tuổi thường xuyên phải cúi khom khiêng vác nặng hoặc ngồi nhiều ít vận động như văn phòng, tài xế, bốc vác,... Đã có bệnh nhân dưới 30 tuổi cần phẫu thuật, và có những bệnh nhân gần 80 tuổi cũng được phẫu thuật. Vừa lao động với tư thế sai theo thời gian càng làm cột sống mắc phải những bệnh lý liên quan đến thoái hóa. Tỷ lệ nam nữ gần như nhau 18/17.

Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Prolo cho thấy xu hướng tốt dần theo thời gian. Nếu như ngay sau xuất viện không có kết quả tốt, trung bình chiếm gần 40 %, còn lại là khá, thì sau mổ 03 tháng 80% đã đạt kết quả tốt, còn lại là khá, trung bình và kém không có. Phù hợp với bệnh lý thoái hóa cột sống chèn ép thần kinh thường kéo dài trong một thời gian từ vài tháng đến hàng năm, sau đó bệnh nhân mới đồng ý phẫu thuật. Do bị chèn ép lâu ngày, nên thần kinh không thể hồi phục ngay để có thể hết ngay triệu

chứng. Đồng thời cần có thời gian để cầu xương được hình thành giữa các thân sống, thời gian để cơ thể thích nghi với những dụng cụ được lắp vào cột sống. Nghiên cứu của Lê Văn Công 2016 cũng cho kết quả sau 03 tháng tốt 88,9%, khá 11,1%⁽²⁾

Phương pháp mổ chủ yếu là mổ hở làm cứng hàn xương, kế đến làm mổ xâm lấn tối thiểu. Mổ hở làm cứng hàn xương TLIF được phổ biến, thông dụng nên được lựa chọn đầu tay. Sau này, với kỹ thuật mổ xâm lấn tối thiểu được triển khai, chúng tôi đang chuyển dần qua mổ MIS TLIF với mong muốn giảm bớt can thiệp lên bệnh nhân, giảm lượng máu mất, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Những trường hợp bệnh nhân bị loãng xương, phẫu thuật với vít rồng bơm cement để tăng độ gắn chắc vít và xương cũng cho kết quả hồi phục khả quan. Và mong muốn sắp tới của chúng tôi là có thể bắt vít rồng bơm cement bằng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu qua da.

Thời gian phẫu thuật đa phần là từ 120p – 240 p, nghiên cứu của Võ Văn thành là 176phút. So với trung bình 173 phút với 01

tầng và 238 phút với nhiều tầng của Lars Hackenberg tại Đức 2005⁽⁵⁾ thì gần tương đồng. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào số đốt sống can thiệp cũng như bệnh lý nền có gây chảy máu hay mức độ chèn ép ống sống nặng lâu ngày. Trường hợp mổ lâu nhất của chúng tôi là 480 phút, do bệnh nhân cần mổ 3 tầng đốt sống, lại bị loãng xương, trong cuộc mổ cầm máu khó khăn. Đây cũng là ca mổ mất máu nhiều nhất, là trường hợp duy nhất phải truyền máu (01 đơn vị) sau mổ. Trung bình lượng máu mất thường dưới 300ml, do những bệnh nhân mổ đa phần không loãng xương, số tầng đốt sống can thiệp là 1. Nghiên cứu của Võ Văn Thành với 01 tầng đốt sống là 324ml⁽¹⁾. Với Lars Hackenberg máu mất trung bình 485 ml với một tầng và 560 ml với nhiều tầng⁽⁵⁾. Nghiên cứu chúng tôi máu mất trung bình ít hơn khả năng do chúng tôi đang có xu hướng thực hiện mổ xâm lấn tối thiểu nhiều hơn⁽³⁾.

Thời gian nằm viện 8 – 14 ngày là thường gặp, và đa phần bệnh nhân nằm 07 ngày sau mổ. Với một ca bị bệnh lý nền kết hợp như đái tháo đường, tăng huyết áp, thời gian nằm viện kéo dài để ổn định bệnh lý nội khoa trước hoặc sau mổ nên có thể kéo dài trên 14 ngày. Bệnh nhân trẻ tuổi, mổ xâm lấn tối thiểu được xuất viện sau 07 ngày.

Trong các biến chứng sau mổ, chúng tôi có ghi nhận 01/35 trường hợp mổ hở bị nhiễm trùng. Nghiên cứu của Lars Hackenberg tại Đức 2005 ghi nhận 1/54 ca bị nhiễm trùng sâu phải tháo PEEK và mổ hàn xương lại⁽⁵⁾. Sau khi phẫu thuật tiếp để điều trị nhiễm trùng thì ghi nhận nhiễm trùng chỉ xảy ra ở lớp dưới da, không có ghi nhận nhiễm trùng sâu trong dưới lớp cơ hay màng cứng. Trường hợp này cũng có thêm vài yếu tố khách quan là bệnh nhân có tiền sử gút và viêm đa khớp, điều kiện của bệnh nhân khi

ra viện không chăm sóc vết thương đúng cách và đầy đủ. Sau khi mổ lần 2 được 10 ngày thì vết thương ổn định và cắt chỉ. Các triệu chứng của bệnh trước mổ không xuất hiện khi nhập viện lần hai. Ngoài ra chúng tôi có 02 trường hợp bị tụ dịch vết mổ, trong đó 01 trường hợp nhập viện lần hai điều trị nội khoa thêm 10 ngày. Hai trường hợp này đều được học hút dịch sau đó loại trừ là dịch não tủy. Trong 03 trường hợp có biến chứng này, 02 trường hợp có bệnh lý nền là viêm đa khớp do gút.

Vị trí đốt sống cần phẫu thuật nhiều nhất là L4L5, kế đến là L5S1. Phù hợp với cấu tạo sinh lý của cột sống, sẽ chịu nhiều lực tác động nhất ở tầng L4L5, L5S1 khi làm việc nặng sai tư thế hoặc ngồi nhiều ít vận động. Nghiên cứu của Võ Văn Thành cũng có 19/25 trường hợp bị ở tầng L4L5⁽¹⁾.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 35 trường hợp phẫu thuật hàn xương liên thân sống cột sống thắt lưng lồi sau, chúng tôi có những kết luận sau :

- Kết quả phẫu thuật cải thiện dần theo thời gian, không có trường hợp bệnh trở nên xấu hơn sau phẫu thuật.
- Tỷ lệ tai biến thấp, có thể liên quan đến các bệnh lý nền bệnh nhân có và điều kiện chăm sóc sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Thành** (2016). “Điều trị mất vững cột sống thắt lưng do trượt đốt sống thoái hóa bằng phẫu thuật cố định ốc chân cung và hàn liên thân đốt lồi sau bằng nệm PEEK”
2. **Lê Văn Công** (2016). “Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phẫu thuật cố định vít chân cung và hàn xương liên thân đốt lồi sau tại bệnh viện quân y 121”
3. **Hwee Weng Dennis Hey**. Department of

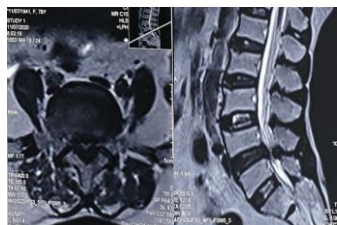
- orthopedic surgery, Singapore (2010). “Lumbar degenerative spinal deformity: surgical options of PLIF, TLIF and MI-TLIF”
4. **Ralph J. Mobbs.** Neurospine surgery research group (nsurg), Sydney, Australia (2015). “Lumbar interbody fusion: techniques, indications and comparison of interbody fusion options including PLIF, TLIF, MI-TLIF, OLIF/ATP, LLIF and ALIF”
5. **Lars Hackenberg.** Department of orthopaedics, University hospital Münster, Germany (2005). “Transforaminal lumbar interbody fusion: a safe technique with satisfactory three to five year results”.

CA LÂM SÀNG 1:

Bệnh nhân nữ 79 t đau lưng lan chân đi cách hồi < 50m trong khoảng 01 tháng. Bệnh nhân chụp MRI có hẹp ống sống nặng tầng L4L5 do thoát vị đĩa đệm và dày dây chằng vàng. Bệnh nhân có ghi nhận loãng xương với T-score < -2,5. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật làm cứng hàn xương L4L5 với vít rồng bơm cement. Sau mổ 01 ngày bệnh nhân đã tự đi lại, không còn đau nhức chân, tê nhẹ lòng bàn chân hai bên, tiêu tiểu tự chủ.



Đi lại được 24h sau mổ



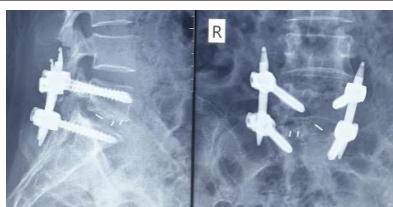
MRI : hẹp ống sống nặng L4L5



Xquang sau mổ

CA LÂM SÀNG 2 :

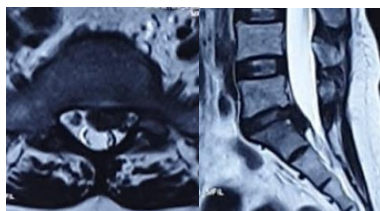
Bệnh nhân nữ 57 tuổi đau lưng lan chân trái không đi lại khoảng 01 tuần. Phim MRI cột sống thắt lưng ghi nhận có thoát vị L5S1 chèn ép rễ thần kinh. Bệnh nhân được phẫu thuật làm cứng hàn xương L5S1 với kỹ thuật xâm lấn tối thiểu. Khi ra viện sau mổ 01 tuần, bệnh nhân tự đi lại.



MRI thoát vị L5S1 có mảnh rời



Tái khám đi lại bình thường



MRI thoát vị L5S1 có mảnh rời

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT ĐƯỜNG TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TRONG 4,5 GIỜ ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ ITO ĐỒNG NAI NĂM 2019 – 2020

Tân Ngọc Thi*, Hoàng Văn Tiến*

TÓM TẮT

Cơ sở: Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong ở người trưởng thành. Hàng năm trên thế giới có 16 triệu trường hợp bị đột quỵ và 6 triệu trường hợp tử vong. Đột quỵ não đã và đang để lại gánh nặng vô cùng lớn cho gia đình và xã hội Việt Nam. Các đơn vị Đột Quỵ được thành lập cùng với việc sử dụng thuốc hoạt hóa plasminogen mô tái tổ hợp đã cải thiện đáng kể chất lượng điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và các yếu tố ảnh hưởng lên sự hồi phục chức năng thần kinh của bệnh nhân nhồi máu não cấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca mô tả loạt ca dọc được tiến hành trên ... bệnh nhân nhồi máu não cấp, trong cửa sổ 4,5 giờ kể từ lúc khởi phát triệu chứng nhập khoa cấp cứu bệnh viện Hoàn Mỹ ITO được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch rtPA.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân nhồi máu não là 56,34 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 56,25%. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là yếu hoặc liệt nửa người. Điểm NIHSS trung bình tại thời điểm nhập viện 11 điểm. Thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc

nhập viện là 89,67 phút. Thời gian trung bình bệnh nhân từ lúc nhập viện đến lúc được điều trị thuốc tiêu sợi huyết là 25,53 phút. Có 25% bệnh nhân có tắc động mạch cảnh trong hoặc động mạch não giữa. Tại thời điểm xuất viện có 53,12% bệnh nhân hồi phục tốt (điểm mRS hiệu chỉnh 0-1 điểm). Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp nào chuyển dạng xuất huyết sau điều trị và không có trường hợp nào bị tác dụng không mong muốn của thuốc rtPA. Giới nữ, điểm NIHSS cao lúc nhập viện, tình trạng tái thông mạch máu não là những yếu tố tiên đoán kết quả hồi phục kém sau điều trị.

Kết luận: Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị thuốc rtPA đường tĩnh mạch chúng tôi ghi nhận có 53,12 % bệnh nhân phục hồi chức năng thần kinh tốt, có 1 bệnh nhân có biến chứng xuất huyết não. Giới nữ, điểm NIHSS cao, tình trạng tái thông mạch máu não là các yếu tố tiên đoán kết quả phục hồi kém sau điều trị.

Từ khóa: Đột quỵ nhồi máu não cấp, thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, thang điểm NIHSS, thang điểm Rankin điều chỉnh

SUMMARY

EVALUATE EFFECT OF INTRAVENOUS THROMBOLYSIS FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITHIN 4,5 HOURS OF SYMPTOM ONSET IN HOAN MY ITO HOSPITAL 2019-2020

Background: Stroke is the first cause morbidity and mortality in adult. On the world,

*Bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai
Chịu trách nhiệm chính: Tân Ngọc Thi
Email: thitan.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 15.10.2020
Ngày duyệt bài: 31.10.2020

there are about 16 million stroke patients and 6 million mortalities each year. Stroke have remained the great burden for Vietnamese family and society. More and more stroke units have established and using rtPA help improve significantly treatment's quality in acute ischemic stroke patients.

Object: The aim of this study is to evaluate the effect of rtPA treatment as well as determine the predicted factors on patient's functional recovery at the time discharge.

Method: This is case series longitudinal study on ... acute ischemic stroke patients in 4,5 hours window from onset admitted to Emergency department Hoan my ITO Dong Nai, and treated by intravenous rtPA.

Result: The mean age in ischemic stroke is 56,34. The Male patients are 56,25%. The mean time from patient's onset to ones admitted to hospital is 89,67 minutes. The most common onset is hemiparesis or hemiplegia. The mean NIHSS score at the time patients admitted hospital is 11. The mean time from patient admitted in hospital to treated with rtPA is 25,53 minutes. There are 25% patients who have occlusion in internal carotid artery or middle cerebral artery. There are 53,12% patients have good outcome (mRS score 0 or 1) at the time discharge. There is 1 patient has hemorrhagic transformation and there is no patient who has allergic complication post rtPA treatment. Female patient, high NIHSS score at the time admitted hospital, reperfusion after stroke are the predicted factors for bad outcome post rtPA treatment.

Conclusion: Our study shows that 53,12% patients have good outcome at the time discharge. The female patient, high NIHSS score at the time admitted to hospital, reperfusion after stroke are the predicted factors for bad outcome post rtPA treatment.

Key words: acute ischemic stroke, intravenous thrombolysis, rtPA, NIHSS score, mRS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não hay tai biến mạch máu não là vấn đề thời sự cấp bách của sức khỏe cộng đồng, đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế ở người trưởng thành [1],[2]. Hiện tại Tai biến mạch máu não là nguyên nhân số một gây tử vong và tàn phế ở người trưởng thành tại Việt Nam. Hàng năm trên cả nước có khoảng 200.000 người mắc mới TBMMN, trong đó tỷ lệ mắc ở nam giới cao gấp bốn lần nữ giới [3],[4]. Theo một nghiên cứu dịch tễ học của Lê Văn Thành tỷ lệ hiện mắc đột quỵ là 170/100000, tỷ lệ mới mắc trong năm là 70/1000000 [5]. Một điểm đáng lưu ý hơn là độ tuổi bị tai biến mạch máu não đang dần trẻ hóa, từ 40- 45 tuổi so với trước đây là 50-60 tuổi. Tỷ lệ tử vong trong vòng 28 ngày sau khởi phát TBMMN đối với chảy máu não là 51% và đối với nhồi máu não là 20%, tính trung bình cho cả hai thể là 36.8% [5]. Như vậy đột quỵ nói chung và nhồi máu não nói riêng đã và đang để lại gánh nặng rất lớn cho xã hội Việt Nam.

Hồi phục sớm và hoàn toàn nếu vùng não bị tổn thương tương ứng được tái tưới máu sớm do điều trị tái thông bằng thuốc và lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học tại bệnh viện [6]. Sự ra đời của các trung tâm đột quỵ cùng với sự dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đã tối ưu hóa sự hồi phục chức năng thần kinh của bệnh nhân nhồi máu não. Nghiên cứu của viện thần kinh quốc gia Hoa Kỳ năm 1991 cho thấy điều trị thuốc tiêu sợi huyết trong 3 giờ đầu đã có thêm 13% bệnh nhân nhồi máu não hồi phục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn [7]. Thuốc tiêu sợi huyết đường mạch được sử dụng đầu tiên ở Việt Nam từ năm 2005 trên 121 bệnh nhân cho kết quả đáng khích lệ và mở đầu cho các nghiên cứu sau đó với cỡ mẫu lớn hơn [8].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Thắng năm 2011 tại bệnh viện nhân dân 115 trên 152 bệnh nhân nhồi máu não cấp được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trong 3 giờ đầu ghi nhận tỷ lệ phục hồi thần kinh tốt tại thời điểm 3 tháng là 45%. Đồng thời nghiên cứu này cũng ghi nhận có 7,2% bệnh nhân có biến chứng xuất huyết não, trong đó có 4,6% là xuất huyết não có triệu chứng. Nguy cơ tử vong của xuất huyết não có triệu chứng là rất cao (71,4%) [9]. Nhằm áp dụng kết quả từ những nghiên cứu trên vào thực tế, làm thế nào để nâng cao chất lượng điều trị thuốc tiêu sợi huyết và giảm thiểu biến chứng xuất huyết não tại bệnh viện còn rất hạn chế về nhân lực cũng như cơ sở vật chất là một thách thức lớn. Chính vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu *“Đánh giá hiệu điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 4,5 giờ đầu tại bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai”* với mục tiêu đánh giá hiệu quả và xác định các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp lần đầu tiên, nhập khoa cấp cứu bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai trước 4,5 giờ kể từ lúc khởi phát triệu chứng, từ tháng 09/2019 đến tháng 08 năm 2020 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Chọn liên tiếp bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên được chẩn đoán tai biến mạch máu não lần đầu theo tiêu chuẩn WHO (1990), nhập khoa cấp cứu bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai trong cửa sổ

4,5 giờ đầu và được chỉ định điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có một trong những tiêu chuẩn loại trừ điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch về tiền sử, xét nghiệm cận lâm sàng và lâm sàng như được chẩn đoán cơn thiếu máu não thoáng qua, Hôn mê hoặc điểm NIHSS lúc nhập viện ≥ 25 , điểm hôn mê Glasgow ≤ 8 , Hình ảnh CTScanner hoặc MRI sọ não thấy tổn thương toàn bộ vùng chi phối của động mạch não giữa hoặc động mạch cảnh trong.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca mô tả dọc tiến hành trên 32 bệnh nhân nhập vào khoa cấp cứu bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 08 năm 2020. Chúng tôi đánh giá mức độ độc lập sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân đột quỵ não tại thời điểm xuất viện bằng thang điểm Rankin điều chỉnh.

Một số biến nghiên cứu và định nghĩa biến:

- Tuổi: đơn vị tính là năm và được chia thành 4 nhóm: < 40, 40-59, 60-80 và > 80 tuổi
- Giới tính: chia thành 2 nhóm nam và nữ
- Huyết áp tâm thu lúc nhập viện: là giá trị huyết áp tâm thu được ghi nhận lúc nhập viện.
- Vị trí thương tổn não trên hình ảnh CTScanner hoặc MRI não lúc nhập viện hoặc được chụp lại lần hai sau 24-48 giờ nếu lần đầu không phát hiện thương tổn.
- Điểm NIHSS lúc nhập viện: chia làm 4 mức độ nhẹ (0-4), trung bình (5-15), nặng (16-24), rất nặng (25-42).
- Điểm MRS lúc xuất viện: chia làm 3 mức: hồi phục hoàn toàn (0-1 điểm), khiếm khuyết thần kinh nhẹ (2-3 điểm), khiếm

khuyết thần kinh trung bình-nặng (4-5 điểm) và tử vong (6 điểm).

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

- Khám lâm sàng tất cả bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp nhập khoa cấp cứu trong cửa sổ 4,5 giờ có chỉ định điều trị thuốc tiêu sợi huyết, ghi nhận tất cả thông tin về tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết, đánh giá điểm NIHSS lúc nhập viện, mỗi 15 phút trong giờ đầu, mỗi 30 phút trong 2 giờ tiếp, mỗi 1 giờ trong 4 giờ tiếp và mỗi 2 giờ trong 16 giờ tiếp theo.

- Ghi nhận hình ảnh MRI não và CLVT sau dùng thuốc tiêu sợi huyết.

- Đánh giá lại điểm Rankin điều chỉnh tại thời điểm xuất viện.

- Số liệu thu thập được sẽ được xử lý bằng phần mềm STATA 13.1:

Bước đầu tiên là phân tích đơn biến: dùng phép kiểm Chi-bình phương (χ^2), hoặc Fisher exact Test cho biến định tính và phép kiểm t-Student cho các biến định lượng. Biến phụ thuộc là điểm Bathel tại thời điểm 3 tháng sau đột quỵ. Tất cả các phép kiểm đều hai chiều. Các biến có mức ý nghĩa $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến sẽ được đưa vào phân tích hồi quy đa biến nhị phân logistic (binary logistic) nhằm tìm ra những biến có giá trị tiên đoán độc lập liên quan với sự gia tăng điểm Bathel và đánh giá tỉ số chênh OR (Odd Ratio) của chúng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 11 tháng từ 09/2019 đến 08/2020 chúng tôi chọn được 32 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và loại trừ, đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được tóm tắt ở bảng 1 và bảng 2

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ%
Tuổi		
< 60	21	65,6
≥ 60	11	34,4
Tiền sử đái tháo đường type 2	5	15,6
Tiền sử rối loạn lipid máu	19	59,4
Tiền sử tăng huyết áp	25	78,1
Điểm NIHSS ≥ 15	5	15,6
Trung bình điểm NIHSS lúc nhập viện	11	
Thời gian nhập viện ≥ 90 phút	18	56,3
Phân loại TOAST		
Từ tim	0	0
Xơ vữa mạch máu lớn	13	40,6
Bệnh lý mạch máu nhỏ	12	37,5
Nguyên nhân không xác định	7	21,9

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tuổi từ 34 đến 81, tuổi trung bình là $56,34 \pm 10,63$, trong đó bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 65,6%, nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ

(56,25%). Số bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao (78,1%), trong khi đó số bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường chiếm tỷ lệ thấp (15,6%). Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 11 điểm. Có hơn một nửa số bệnh nhân (56,3%) nhập viện ngoài cửa sổ 90 phút kể từ lúc khởi phát triệu chứng. Theo phân loại TOAST có 40,6% bệnh nhân có nguyên nhân xơ vữa mạch máu lớn, 77,5% bệnh nhân có bệnh lý mạch máu nhỏ. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có nguyên nhân từ tim. Có 21,9% bệnh nhân không xác định được nguyên nhân.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Glucose máu mao mạch lúc nhập viện hơn 140 mg%	13	40,6
HATT lúc nhập viện hơn 140 mmHg	18	56,25
Rung nhĩ trên điện tim lúc nhập viện	0	0
Có tổn thương trên phim chụp CLVT	8	25
Tổn thương giảm đậm độ hơn 1/3 vùng chi phối động mạch não giữa	2	6,25
Tắc động mạch não giữa hoặc cảnh trong	4	12,5

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 40,6% bệnh nhân có đường huyết mao mạch lúc nhập viện lớn hơn 140 mg%, có 56,25% bệnh nhân có huyết áp tâm thu lúc vào viện lớn hơn 140 mmHg. Không có bệnh nhân nào có rung nhĩ trên điện tim lúc vào viện. Tất cả bệnh nhân đều được chụp phim CLVT, kết quả có 25% bệnh nhân có tổn thương giảm đậm độ trên phim, trong đó có 6,25% bệnh nhân có hình ảnh giảm đậm độ hơn 1/3 vùng chi phối của động mạch não giữa, đặc biệt có 12,5% bệnh nhân có tắc động mạch não giữa hoặc động mạch cảnh trong.

Bảng 3: Mối liên quan giữa các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng và điểm Rankin điều chỉnh tại thời điểm xuất viện

Đặc điểm		Điểm Rankin điều chỉnh		Tổng cộng (%)	χ^2 ; p
		0-1, n (%)	≥ 2 , n (%)		
Giới tính	Nam	10 (31,4)	8 (25)	18 (56,4)	4,46; 0,035
	Nữ	7 (21,8)	7 (21,8)	14 (43,6)	
Tuổi	≥ 60	4 (12,5)	7 (21,8)	11 (34,4)	0,438 0,508
	< 60	13 (40,6)	8 (25)	21 (63,6)	
Tiền sử THA	Có	10 (42,1)	15 (57,9)	114 (75,0)	6,421; 0,0174
	Không	7 (21,8)	0 (0)	7 (21,8)	
Tiền sử ĐTD	Có	3 (9,3)	2 (6,2)	5 (15,5)	1,628; 0,202
	Không	14 (43,7)	13 (40,8)	27 (84,5)	
Tiền sử rối loạn lipid máu	Có	6 (18,8)	13 (40,6)	19 (59,4)	1,621; 0,203
	Không	11 (34,4)	2 (6,2)	13 (40,6)	

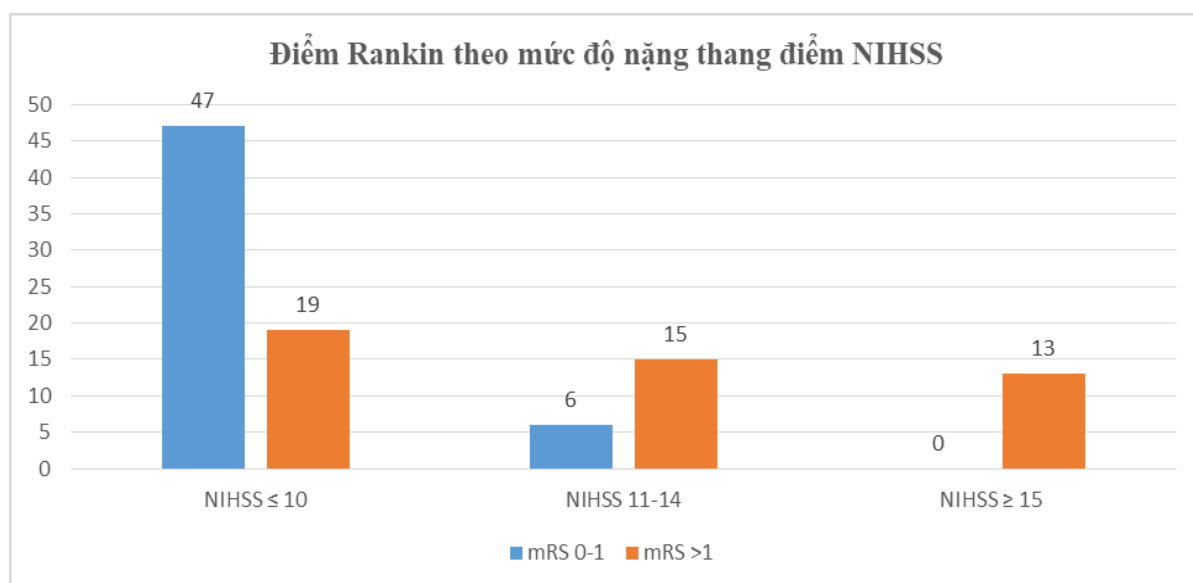
Tiền sử hút thuốc lá	Có	10 (31,3)	7 (21,8)	17 (53,1)	3,617; 0,057
	Không	7 (21,8)	8 (25,1)	15 (46,9)	
Tiền sử TIA trong 3 tháng	Có	3 (9,4)	7 (21,9)	10 (31,3)	3,48; 0,192
	Không	14 (43,7)	8 (25)	22 (68,7)	
Nguyên nhân đột quỵ theo phân loại TOAST	Tim	0	0	0	1,72; 0,612
	MM lớn	4 (12,5)	9 (28,1)	13 (40,6)	
	MM nhỏ	9 (28,1)	3 (9,4)	12 (37,5)	
	Khác/KXD	4 (12,5)	3 (9,4)	7 (21,9)	
XHN có triệu chứng	Có	0 (0)	1 (9,4)	1 (9,4)	5,940; 0,017
	Không	21 (62,5)	10 (31,2)	31 (90,6)	
Điểm NIHSS lúc nhập viện	≥15	0 (0)	5 (15,6)	5 (15,6)	21,17; 0,000
	<15	17 (53,1)	10 (31,3)	27 (84,4)	

Điểm Rankin 0-1 ở nam giới chiếm 31,4% cao hơn ở nữ giới chiếm 21,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điểm Rankin 0-1 ở nhóm bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm 42,1% cao hơn nhóm bệnh nhân không có tăng huyết áp chiếm 21,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tương tự sự khác biệt điểm Rankin 0-1 ở nhóm xuất huyết não có triệu chứng và không có xuất huyết não, và giữa các nhóm phân loại TOAST có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt về điểm Rankin 0-1 giữa nhóm bệnh nhân tuổi lớn hơn hay nhỏ hơn 60 tuổi, có tiền sử đái tháo đường hay không, có tiền sử hút thuốc lá hay không, có tiền sử rối loạn lipid máu hay không không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Mối liên quan giữa cận lâm sàng và điểm Rankin hiệu chỉnh lúc xuất viện

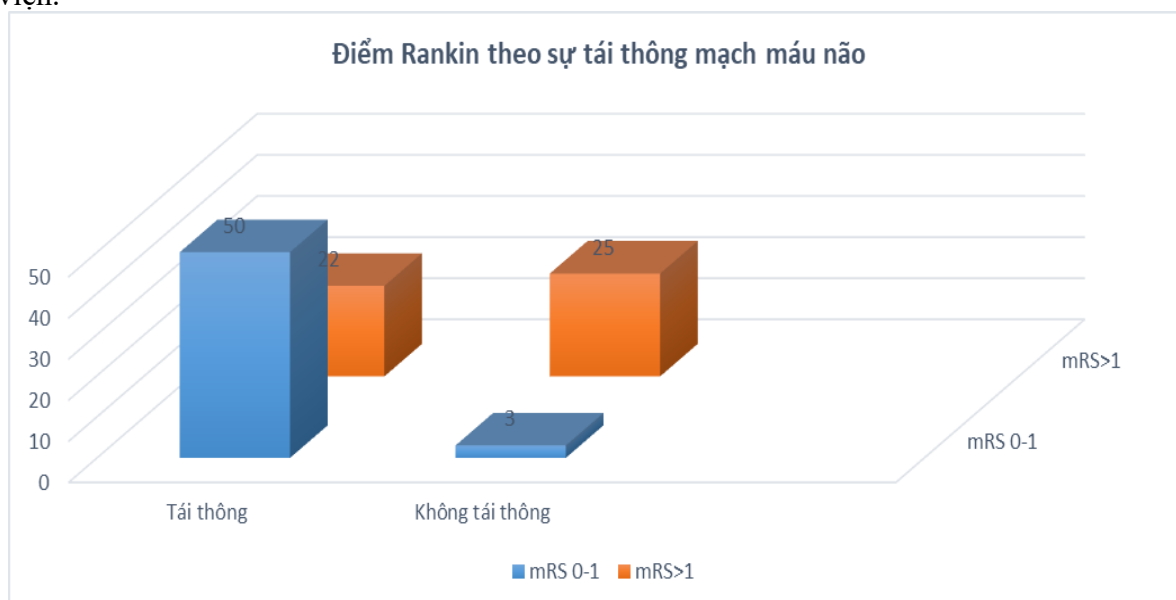
Đặc điểm		Điểm Rankin hiệu chỉnh		Tổng cộng	χ^2 ; p
		0-1, n (%)	≥2, n (%)		
Glucose máu lúc nhập viện	≥140mg/dL	9 (28,1)	6 (18,7)	15 (46,8)	0,2633; 0,608
	<140mg/dL	8 (25)	9 (27,2)	17 (53,2)	
	Không	1 (3,2)	8 (25)	9 (28,2)	
HA tâm thu lúc nhập viện	≥ 140 mmHg	13 (40,6)	12 (37,5)	25 (78,1)	0,3914; 0,532
	< 140 mmHg	4 (12,5)	3 (9,3)	7 (21,8)	
Tái thông mạch máu não trên phim MRI	Có	16 (50)	7 (21,8)	23 (71,8)	7,82; 0,008
	Không	1 (3,2)	8 (25)	9 (28,2)	

Bệnh nhân có chỉ số glucose máu lúc nhập viện cao hơn 140 mg% có điểm Rankin hiệu chỉnh 0-1 lúc xuất viện chiếm tỷ lệ 28,1% cao hơn so với nhóm bệnh nhân có chỉ số glucose máu lúc nhập viện bé hơn 140 mg%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh có mạch máu não nhân được tái thông có điểm Rankin hiệu chỉnh lúc xuất viện chiếm 50% cao hơn nhóm bệnh nhân có mạch máu não không tái thông chiếm 3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1: Hiệu quả điều trị theo mức độ nặng (thang điểm NIHSS)

Mức độ nặng ảnh hưởng lên kết quả điều trị ($p < 0,05$). Ở nhóm bệnh nhân có mức độ đột quỵ nhẹ và trung bình (điểm NIHSS ≤ 10 điểm) có mức độ hồi phục tốt nhất, có đến 47% bệnh nhân đạt điểm Rankin điều chỉnh 0-1. Ở nhóm bệnh nhân đột quỵ trung bình (điểm NIHSS 11-14 điểm) có 6% bệnh nhân đạt điểm Rankin điều chỉnh 0-1. Không có bệnh nhân đột quỵ nặng (NIHSS từ 15 điểm trở lên) đạt điểm Rankin điều chỉnh 0-1 tại thời điểm xuất viện.



Biểu đồ 2: Hiệu quả điều trị theo tình trạng tái thông mạch máu não

Tình trạng tái thông mạch máu não ảnh hưởng rõ rệt đến sự hồi phục bệnh nhân tại thời điểm xuất viện ($p < 0,05$). Có đến 50% bệnh nhân được tái thông mạch máu não có điểm Rankin điều chỉnh 0-1, trong khi đó chỉ có 22% bệnh nhân không được tái thông mạch máu não có điểm Rankin điều chỉnh 0-1 tại thời điểm xuất viện.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $56,34 \pm 1,87$, bệnh nhân trẻ nhất của chúng tôi ghi nhận là 34 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 81 tuổi. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình tương tự nghiên cứu của Nguyễn Huy Thắng là 60,5 tuổi [8], của Nguyễn Văn Thông là 59,7 tuổi [9]. Tuy nhiên tuổi trung bình trong nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu quốc tế khác (so sánh với nghiên cứu của NINDS là 69, của Nhật Bản là 70,9). Điều này được lý giải do sự khác nhau về cơ cấu dân số giữa các nước phát triển và các nước đang phát triển.

Thời gian là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị tiêu sợi huyết [10]. Hiệu quả sẽ giảm dần theo thời gian, do vậy việc rút ngắn thời gian là một mục tiêu hàng đầu nhằm cải thiện hiệu quả điều trị. Theo khuyến cáo của Hội Đột Quy Hoa Kỳ, thời gian từ lúc bệnh nhân nhập viện cho đến lúc được sử dụng thuốc không nên vượt quá 60 phút [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh nhân từ lúc nhập viện đến lúc được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết là 25,5 phút. Đây là một kết quả đáng khích lệ cho chúng tôi, hướng đến nâng cao hiệu quả điều trị thuốc tiêu sợi huyết trên bệnh nhân nhồi máu não cấp.

Theo Albers và cộng sự, bệnh nhân nhập viện có điểm NIHSS ≤ 7 điểm (đột quy não nhẹ) và từ 8 đến 14 điểm (đột quy não trung bình) sẽ có mức độ hồi phục thần kinh tốt nhất [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 11 điểm, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Huy Thắng [8] và của NINDS [7].

Với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh gần đây, việc xác định tình trạng mạch máu tại các thời điểm trước và

sau điều trị tiêu sợi huyết là yêu cầu cần thiết, đặc biệt với các trung tâm đột quy lớn có khả năng thực hiện các kỹ thuật can thiệp nội mạch ngay sau khi điều trị thất bại với rtPA đường tĩnh mạch [11]. Theo kết quả chụp MRI mạch máu não chúng tôi ghi nhận có 25% có tắc động mạch não giữa hoặc cảnh trong. Có 5 bệnh nhân tắc động mạch não giữa trong đó 3 bệnh nhân được tái thông và hồi phục tốt (mRS 0-1 điểm), 2 bệnh nhân không được tái thông hồi phục không tốt (mRS 3-4 điểm). Đặc biệt có 1 bệnh nhân chuyển dạng xuất huyết sau can thiệp (mRS 4 điểm). Có 1 bệnh nhân tắc động mạch cảnh trong hồi phục tốt (mRS 1 điểm).

Qua phân tích đơn biến (biến có kết quả $p < 0,05$) ở trên cho thấy rằng, các yếu tố có liên quan đến kết quả phục hồi chức năng thần kinh kém (tương đương điểm Rankin điều chỉnh ≥ 2): giới tính, tiền sử có tăng huyết áp, điểm NIHSS lúc nhập viện lớn hơn 14, chuyển dạng xuất huyết não sau điều trị và tình trạng tái thông mạch máu não.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh tốt tại thời điểm xuất viện (điểm Rankin điều chỉnh 0-1) là 53,12%. Tỷ lệ xuất huyết não chung là 3,12%. Các yếu tố ảnh hưởng lên phục hồi chức năng thần kinh kém là giới nữ, tiền sử tăng huyết áp, điểm NIHSS lúc nhập viện lớn hơn 14, chuyển dạng xuất huyết và tình trạng tái thông mạch máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] G. W. Brunette, CDC Yellow Book 2018: health information for international travel: Oxford University Press, 2017.

- [2] **V. L. Feigin, B. Norrving, and G. A. Mensah**, "Global Burden of Stroke," *Circ Res*, vol. 120, no. 3, pp. 439-448, Feb 3, 2017.
- [3] **D. Cioncoloni, P. Piu, R. Tassi, M. Acampa, F. Guideri, S. Taddei, S. Bielli, G. Martini, and R. Mazzocchio**, "Relationship between the modified Rankin Scale and the Barthel Index in the process of functional recovery after stroke," *NeuroRehabilitation*, vol. 30, no. 4, pp. 315-322, 2012.
- [4] **Cao Minh Châu (2003)**, "Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng". *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*, 22 (2), tr. 54-60
- [5] **Lê Văn Thành (1998)**, Tình hình tai biến mạch máu não hiện nay tại các nước Châu Á. *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai*, 2, tr. 450 - 453.
- [6] **Caplan LR (1991)**, "Diagnosis and treatment of ischemic stroke", *JAMA*, 266, pp. 2413 – 2418.
- [7] **T. Brott, M. Lu, R. Kothari, S. C. Fagan, M. Frankel, J. C. Grotta, J. Broderick, T. Kwiatkowski, C. Lewandowski, and E. C. J. S. Haley Jr**, "Hypertension and its treatment in the NINDS rt-PA Stroke Trial," vol. 29, no. 8, pp. 1504-1509, 1998.
- [8] **Nguyễn Huy Thắng (2011)**, "Điều Trị Thuốc Tiêu Sục Huyết đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp", *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 15, năm 2012.
- [9] **Nguyễn Văn Thông (2008)**, *Đột quỵ não cấp cứu, điều trị, dự phòng*, Nxb Y học, Hà Nội.
- [10] **N. T. Cheng, and A. S. Kim**, "Intravenous Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke Within 3 Hours Versus Between 3 and 4.5 Hours of Symptom Onset," *Neurohospitalist*, vol. 5, no. 3, pp. 101-9, Jul, 2015.
- [11] **W. J. Powers, A. A. Rabinstein, T. Ackerson, O. M. Adeoye, N. C. Bambakidis, K. Becker, J. Biller, M. Brown, B. M. Demaerschalk, B. Hoh, E. C. Jauch, C. S. Kidwell, T. M. Leslie-Mazwi, B. Ovbiagele, P. A. Scott, K. N. Sheth, A. M. Southerland, D. V. Summers, D. L. Tirschwell, and C. American Heart Association Stroke**, "2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association," *Stroke*, vol. 49, no. 3, pp. e46-e110, Mar, 2018.
- [12] **G. W. Albers, M. G. Lansberg, S. Kemp, J. P. Tsai, P. Lavori, S. Christensen, M. Mlynash, S. Kim, S. Hamilton, and S. D. Yeatts**, "A multicenter randomized controlled trial of endovascular therapy following imaging evaluation for ischemic stroke (DEFUSE 3)," *SAGE Publications Sage UK: London, England*, 2017.

TẦN SUẤT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ PHỐI HỢP Ở BỆNH NHÂN ≥ 45 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Đinh Thị Xuân Mai*, Phan Thị Tuyết Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đái tháo đường (ĐTĐ), tiền ĐTĐ và các yếu tố nguy cơ phối hợp ở bệnh nhân ≥ 45 tuổi.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 248 đối tượng ≥ 45 tuổi khám sức khỏe tổng quát tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 1/2020 đến 8/2020. Tất cả các đối tượng được phỏng vấn các thông tin cá nhân, đo các chỉ số nhân trắc, huyết áp và lấy máu xét nghiệm glucose, HbA1c, bilan lipid.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTĐ là 7,3%, tiền ĐTĐ là 39,1%. Các YTNC liên quan đến ĐTĐ, tiền ĐTĐ là: tuổi cao, ít hoạt động thể lực, tăng huyết áp, tăng triglyceride, giảm HDL-C, tiền sử gia đình trực hệ mắc ĐTĐ, tiền sử ĐTĐ thai kỳ.

Kết luận: Cần tầm soát sớm ĐTĐ, tiền ĐTĐ và các yếu tố nguy cơ phối hợp ở người ≥ 45 tuổi để can thiệp đúng mức và kịp thời.

Từ khóa: Đái tháo đường, tiền đái tháo đường, yếu tố nguy cơ.

Objectives: To determine the prevalence of diabetes, pre-diabetes and associated risk factors in patients ≥ 45 years of age.

Methods: Cross-sectional descriptive study, based on 248 subjects ≥ 45 years old who were taken general examination at Hoan My Saigon Hospital from January 1/2020 to 8/2020. All subjects were interviewed for personal information, anthropometric indices, blood pressure and detecting concentration of glucose, HbA1c, and lipid profile.

Results: The prevalence of diabetes is 7.3%, pre-diabetes is 39.1%. The risk factors related to diabetes, pre-diabetes are: old age, physical inactivity, hypertension, high triglyceride level, low HDL-C level, first-degree relative with diabetes, history of gestational diabetes.

Conclusion: It is important for early screening and intervention for diabetes, pre-diabetes and its associated risk factors in people age 45 years or older.

Keywords: Diabetes, pre-diabetes, risk factors.

SUMMARY

PREVALENCE OF DIABETES, PRE-DIABETES AND ITS ASSOCIATED RISK FACTORS AMONG PATIENTS AGE 45 YEARS OR OLDER AT HOAN MY SAI GON HOSPITAL

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Xuân Mai

Email: xuanmai0775@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa có tốc độ phát triển rất nhanh, trở thành gánh nặng y tế lẫn kinh tế ở hầu hết các khu vực trên thế giới. Tiền đái tháo đường (TĐTĐ) là tình trạng glucose máu cao hơn mức bình thường nhưng chưa đạt mức chẩn đoán ĐTĐ thật sự. Biểu chứng mạch máu lớn, mạch máu nhỏ, tổn thương chức năng tế bào beta, tăng đề kháng insulin ở ngoại biên đã xuất hiện ở giai đoạn TĐTĐ.

Vì vậy, TĐTĐ cần phải được phát hiện và can thiệp kịp thời [2],[3].

Báo cáo năm 2019 của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF) cho thấy, toàn thế giới có 463 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 bị bệnh ĐTĐ và 373,9 triệu người có RLDNG. Dự báo đến năm 2045 con số này sẽ là 700 triệu người mắc ĐTĐ và 548,4 triệu người TĐTĐ [7]. Tại Mỹ, theo số liệu của trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) 2020, ĐTĐ ảnh hưởng đến 34,2 triệu người (chiếm 10,5%) ở tất cả các lứa tuổi, có 88 triệu người trên 18 tuổi mắc TĐTĐ, chiếm gần 1/3 dân số [10]. Ở Việt Nam, theo báo cáo của IDF 2019, tỷ lệ người bị ĐTĐ chiếm 5,7% tương đương 3,78 triệu người. RLDNG chiếm 8,6%, tương đương 5,3 triệu người, gấp 1,4 lần so với bệnh nhân ĐTĐ.

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA), các yếu tố nguy cơ dẫn đến ĐTĐ type 2 như sau: TĐTĐ, tiền sử gia đình trực hệ mắc ĐTĐ, tiền sử ĐTĐ thai kỳ, thừa cân - béo phì, từ 45 tuổi trở lên, tiền sử bệnh tim mạch xơ vữa, tăng huyết áp và/ hoặc rối loạn lipid máu, chứng tắc, ít vận động, phụ nữ với hội chứng buồng trứng đa nang, các tình trạng lâm sàng gợi ý đề kháng insulin (béo phì nặng, dấu gai đen) [1]. Ngoài ra, một số yếu tố khác cũng là điều kiện thuận lợi dẫn đến ĐTĐ type 2: stress, thói quen ăn nhiều và giàu đường đơn, sử dụng các thuốc làm tăng glucose máu...

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên những đối tượng ≥ 45 tuổi để phát hiện kịp thời ĐTĐ, phát hiện sớm TĐTĐ và các YTNC khác, từ đó có kế hoạch điều trị, dự phòng, làm chậm tiến triển thành ĐTĐ type 2 và các biến chứng mạch máu lớn, mạch máu nhỏ.

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ và tìm hiểu một số yếu tố liên

quan ở bệnh nhân ≥ 45 tuổi khám sức khỏe tổng quát tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích với 248 đối tượng ≥ 45 tuổi khám sức khỏe tổng quát tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất. Bệnh nhân đang sử dụng thuốc làm tăng glucose máu, đang mắc bệnh cấp tính, đã được chẩn đoán hoặc đang điều trị ĐTĐ, thiếu máu, có bệnh lý về Hemoglobin, đang xuất huyết, lọc máu không được đưa vào nghiên cứu.

Chẩn đoán xác định ĐTĐ, TĐTĐ và các YTNC theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ (ADA) 2020. Chẩn đoán ĐTĐ dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn: Glucose máu lúc đói (Go) ≥ 7 mmol/L và/hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$; Chẩn đoán TĐTĐ dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn: Go từ 5,6 - 6,9 mmol/L và/hoặc HbA1c: từ 5,7 - 6,4%; Tăng TG máu: khi TG $> 2,82$ mmol/L và/ hoặc đang điều trị; Giảm HDL-C máu (khi HDL-C $< 0,9$ và/hoặc đang điều trị); Thừa cân, béo phì khi BMI ≥ 23 kg/m².

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: phỏng vấn theo phiếu nghiên cứu, thăm khám, đo huyết áp và chỉ số nhân trắc, lấy mẫu máu để xét nghiệm lipid máu, glucose máu, HbA1C. Các thông số sinh hóa như: cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C, LDL-C, glucose, HbA1c được thực hiện trên máy xét nghiệm tự động Architect Plus do Abbott Laboratories – Hoa Kỳ sản xuất. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng máy vi tính sử dụng chương trình SPSS phiên bản 20.0 for Windows và Excell 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 248 bệnh nhân ≥ 45 tuổi thỏa các tiêu chí chọn bệnh, gồm có 106 nam và 142 nữ, tuổi trung bình $58,83 \pm 9,15$ tuổi. Chúng tôi đã phân tích và thu được các kết quả như sau:

Tỷ lệ đái tháo đường, tiền đái tháo đường

Bảng 1. Tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ

Chẩn đoán	Tần số (n=248)	Tỷ lệ %
Đái tháo đường	18	7,3%
Tiền ĐTĐ (theo Go)	67	27%
Thỏa mãn HbA1c	67	27%
Thỏa mãn Go và/hoặc HbA1c	97	39,1%
Thỏa mãn Go và HbA1c	37	14,9%

Tỷ lệ ĐTĐ trong nghiên cứu là 7,3%, TĐTĐ là 39,1%. Tỷ lệ TĐTĐ có sự khác biệt đáng kể khi chẩn đoán theo từng tiêu chí riêng: chẩn đoán theo Go tỷ lệ TĐTĐ là 27%, chẩn đoán theo HbA1c là 27%, theo giá trị Go và/hoặc HbA1c là 39,1%, thỏa mãn đồng thời cả 2 giá trị Go và HbA1c là 14,9%.

Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ

Bảng 2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ

YTNC	Tần số	Tỷ lệ %	YTNC	Tần số	Tỷ lệ %
BMI ≥ 23	67	58,3%	T/s gia đình	53	46,1%
THA	52	45,2%	T/s sản khoa	13	51,3%
Tăng TG	59	51,3%	Hút thuốc lá	26	40,9%
Giảm HDL-C	47	40,9%	Ít hoạt động	55	46,1%
Chế độ ăn	47	18,8%	-	-	-

Các YTNC đều có tỷ lệ khá cao ở những bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ: Thừa cân, béo phì (58,3%), tăng TG (51,3%), THA (45,2%).....

Liên quan của một số YTNC và ĐTĐ, TĐTĐ

Bảng 3. Liên quan giữa yếu tố tuổi, nghề nghiệp với ĐTĐ, TĐTĐ

Các yếu tố liên quan		ĐTĐ, TĐTĐ		Không		OR 95%CI	P
		n	%	n	%		
Tuổi	45-54	42	40	63	60		0,03
	55-64	46	45,5	55	54,5		
	≥ 65	27	64,3	15	35,7		
Nghề nghiệp	LĐ chân tay	29	40,3	43	59,7		0,07
	LĐ trí óc	38	41,8	53	58,2		
	Hưu trí, già	48	56,5	37	43,5		

Bảng 4. Liên quan giữa yếu tố BMI, THA, Rối loạn chuyển hoá Lipid với ĐTĐ, TĐTĐ

Các yếu tố liên quan		ĐTĐ, TĐTĐ		Không		OR 95%CI	P
		n	%	n	%		
BMI ≥ 23 (kg/m ²)	Có	67	49,3	69	50,7	1,29	0,31
	Không	48	42,9	64	57,1		
Tăng Huyết áp	Có	52	55,9	41	44,1	1,85	0,02
	Không	63	40,6	92	59,4		
Giảm HDL-C	Có	47	57,3	35	42,7	1,9	0,015
	Không	68	41	98	59		
Tăng Triglyceride	Có	59	57,8	43	42,2	2,2	0,002
	Không	56	41	90	59		

Bảng 5. Mối liên quan giữa tiền sử gia đình, bản thân và lối sống với ĐTĐ, TĐTĐ.

Các yếu tố liên quan		ĐTĐ, TĐTĐ		Không		OR 95%CI	P
		n	%	n	%		
Tiền sử GD trực hệ ĐTĐ	Có	53	79,1	14	20,9	7,2	0,000
	Không	62	34,3	119	65,7		
Tiền sử ĐTĐ thai kỳ	Có	13	81,2	3	18,8	5,4	0,006
	Không	56	44,4	70	55,6		
Hút thuốc lá	Có	26	47,3	29	52,7	1,05	0,87
	Không	89	46,1	104	53,9		
Hoạt động thể lực	Có	60	40,5	88	59,5	0,56	0,03
	Không	55	55	45	45		
Chế độ dinh dưỡng hợp lí	Có	68	43	90	57	0,69	0,16
	Không	47	52,2	43	47,8		

Các YTNC có liên quan đến ĐTĐ, TĐTĐ có ý nghĩa thống kê là: tuổi cao ($p=0,03$), ít hoạt động thể lực ($p=0,03$), THA ($p=0,02$), tăng TG ($p=0,002$), giảm HDL-C ($p=0,015$), tiền sử gia đình trực hệ mắc ĐTĐ ($p=0,000$), tiền sử ĐTĐ thai kỳ ($p=0,006$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều tra STEPwise do Bộ Y Tế thực hiện năm 2015 (đối tượng 18-69 tuổi), ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ toàn quốc là 4,1% và TĐTĐ là 3,6% [11]. Báo cáo của IDF 2019 về Việt Nam, ở nhóm tuổi 20-79, tỷ lệ ĐTĐ là 5,7%, RLDNG là 8,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ĐTĐ là 7,3%, TĐTĐ là 39,1%. Tỷ lệ TĐTĐ có sự khác

biệt đáng kể khi chẩn đoán theo từng tiêu chí riêng: chẩn đoán theo Go tỷ lệ TĐTĐ là 27%, tương đương tỷ lệ chẩn đoán theo HbA1c; nhưng nếu áp dụng tiêu chuẩn của Go và/hoặc HbA1c tỷ lệ này lên tới 39,1%; ngược lại chỉ có 14,9% bệnh nhân TĐTĐ thỏa mãn đồng thời cả 2 giá trị Go và HbA1c. Tương tự, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và CS cũng cho thấy

sự khác biệt tỷ lệ mắc theo các tiêu chí khác nhau: tỷ lệ ĐTĐ là 8,3%, TĐTĐ là 50,7%; trong đó có 24,8% bệnh nhân TĐTĐ chẩn đoán theo Go, 44,2% TĐTĐ chẩn đoán theo HbA1c, và 50,7% TĐTĐ áp dụng theo tiêu chuẩn Go và/hoặc HbA1c [13]. Tần suất ĐTĐ và TĐTĐ cũng khá cao trong một số nghiên cứu khác: Nguyễn Thị Thanh Hải và CS (9,25% và 28%) [12]; Nguyễn Bá Trí và CS (3,5% và 13,3%) [14]. Sự khác biệt tỷ lệ mắc trong các nghiên cứu có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện, trên những bệnh nhân ≥ 45 tuổi, đây nhóm đối tượng có YTNC của ĐTĐ, TĐTĐ. Nghiên cứu của Shamima A. et al tại Bangladesh ở nhóm bệnh nhân ≥ 30 tuổi cho thấy tỷ lệ ĐTĐ là 9,7% và TĐTĐ là 22,4% [15]; Khaled K. et al tại Saudi Arabia trên 381 nam giới ≥ 18 tuổi cho thấy tỷ lệ ĐTĐ là 9,2% và TĐTĐ là 27,6% [8]; Nghiên cứu của Hemavathi D. et al ở vùng Bangalore ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ là 12,3% và TĐTĐ là 11,57% [5].

Thừa cân, béo phì là một đặc điểm thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 và cũng là một trong các YTNC của ĐTĐ, TĐTĐ. Tỷ lệ béo phì ngày càng gia tăng là hậu quả của sự tác động qua lại giữa yếu tố di truyền và môi trường, đó là rối loạn chuyển hóa, ít vận động thể lực, ăn quá nhiều năng lượng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 67 bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ thừa cân, béo phì (58,3%), tỷ lệ này trong nghiên cứu của Hemavathi et al lên tới 66,81%, của Shamima A. et al là 48,7%, Khaled K. et al là 68,5%. Kết quả của Lê Anh Tuấn và CS (2010) có tỷ lệ thấp hơn là 31,5% [9].

Các nghiên cứu lâm sàng cũng đã chứng minh khoảng 50% bệnh nhân THA có tình trạng tăng insulin máu, có mối liên quan chặt chẽ giữa kháng insulin, tăng đường

huyết và THA. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ có kèm theo THA cũng khá cao ở trong hầu hết các nghiên cứu: Hemavathi et al là 44,9%, Shamima A. et al là 32%, Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và là CS 30,15%, Nguyễn Bá Trí và CS là 36,4%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ THA trong nhóm bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ là 45,2%.

Theo trung tâm phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) có khoảng 70% đến 90% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có RLLPM. Thông thường HDL-C giảm khoảng 10 – 20% và tăng TG gấp 1,5-3 lần so với người không ĐTĐ [10]. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và là CS ghi nhận có 66,7% bệnh nhân TĐTĐ có tăng TG, 49,1% bệnh nhân TĐTĐ có giảm HDL-C, kết quả này không khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, với tỷ lệ tăng TG là 51,3% và giảm HDL-C là 40,9%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ tăng dần theo độ tuổi, ở lứa tuổi 45-54 tỷ lệ này là 40%, lứa tuổi 55-64 có tỷ lệ 45,5% và ở lứa tuổi ≥ 65 tỷ lệ này lên tới 64,3%. Tương tự, Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và CS cũng ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ tăng dần theo độ tuổi, và điểm cắt > 49 tuổi có giá trị chẩn đoán ĐTĐ và TĐTĐ với độ nhạy 65,5%. Nguyễn Thị Thanh Hải và CS cũng ghi nhận nguy cơ tiền ĐTĐ càng cao khi tuổi của đối tượng nghiên cứu càng cao. Nghiên cứu của Shamima A. et al cho thấy nguy cơ mắc TĐTĐ ở bệnh nhân ≥ 70 tuổi là 1,84 lần, trong khi đó nguy cơ này ở nhóm tuổi 40-44 chỉ là 1,18 lần. Endris et al ghi nhận tỷ lệ mắc TĐTĐ ở các lứa tuổi khác nhau. Nghiên cứu của Hemavathi D. et al cũng cho thấy rằng tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ tăng dần theo độ tuổi.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng THA và ĐTĐ thường kết hợp với nhau. THA

trong ĐTĐ và TĐTĐ liên quan trực tiếp đến béo phì và kháng insulin. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân THA có nguy cơ mắc ĐTĐ, TĐTĐ cao gấp 1,85 lần so với bệnh nhân không có THA. Các tác giả ngoài nước ở Ấn Độ, Saudi Arabia, Bangladesh cũng cho thấy THA có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ, TĐTĐ. Endris et al ghi nhận người có tăng HA có nguy cơ mắc ĐTĐ gấp 4,6 lần so với những người không có tăng HA [4].

Hầu hết các tác giả đều ghi nhận có sự liên quan chặt chẽ giữa rối loạn lipid máu và ĐTĐ type 2. Ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 hay gặp là sự tăng TG, giảm HDL-C. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân giảm HDL-C có nguy cơ mắc ĐTĐ, TĐTĐ cao hơn 1,9 lần; tăng TG có nguy cơ mắc ĐTĐ, TĐTĐ cao hơn 2,2 lần. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và CS cũng ghi nhận tỷ lệ tiền ĐTĐ ở nhóm có RLLPM cao hơn nhóm không có RLLPM.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong ĐTĐ type 2. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Trí và CS tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ ở người có người thân mắc bệnh ĐTĐ lần lượt là 9% và 2,4%, xác suất mắc bệnh ĐTĐ ở đối tượng này sẽ cao gấp 12,5 lần so với người bình thường. Chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân có người thân thể hệ cận kề mắc ĐTĐ sẽ có nguy cơ mắc ĐTĐ, TĐTĐ cao hơn 7,2 lần, nguy cơ này ở nghiên cứu của Hemavathi D. et al là 1,9 lần, Endris et al là 20,24 lần [4]. Mặc dù tiền sử gia đình có mối liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ mắc ĐTĐ, TĐTĐ nhưng vấn đề này chưa được bệnh nhân cũng như thầy thuốc chú ý đúng mức. Do đó việc nâng cao sự hiểu biết về bệnh ĐTĐ, TĐTĐ, để người thân của bệnh nhân thay đổi lối sống và có ý thức trong việc kiểm tra sức khỏe định kỳ nhằm

phát hiện bệnh sớm là hết sức quan trọng.

Tiền sử ĐTĐ thai kỳ và/hoặc sinh con từ 4000g trở lên là một YTNC quan trọng của ĐTĐ, TĐTĐ và đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có tiền sử ĐTĐ thai kỳ và/hoặc sinh con $\geq 4000g$ có tỷ lệ ĐTĐ, TĐTĐ là 81,2% và có nguy cơ mắc ĐTĐ, TĐTĐ cao hơn 5,4 lần. Tuy nhiên nghiên cứu của Lê Anh Tuấn không ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ĐTĐ, TĐTĐ ở hai nhóm đối tượng này.

Vận động cường độ trung bình-nặng, như đi bộ nhanh khoảng 150 phút/tuần được chứng minh có lợi ở bệnh nhân ĐTĐ, TĐTĐ thông qua cải thiện đề kháng insulin, giảm mỡ bụng [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Trí và CS cho thấy người có tính chất công việc nhẹ có xác suất mắc bệnh ĐTĐ cao gấp 13,1 lần so với nhóm người có tính chất công việc nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ĐTĐ, TĐTĐ giữa các nhóm bệnh nhân có hoạt động thể lực và không hoạt động thể lực, ở người thường xuyên hoạt động thể lực tỷ lệ mắc ĐTĐ, TĐTĐ là 40,5%, trong khi đó tỷ lệ này ở những người ít hoặc không có thói quen hoạt động thể lực là 55%. Hemavathi D. et al cũng cho thấy có sự liên quan giữa thói quen hoạt động thể lực và giảm tỷ lệ mắc ĐTĐ, TĐTĐ có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Endris et al, tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm bệnh nhân có hoạt động thể lực tốt là 25,6%, trong khi đó ở nhóm bệnh nhân không hoạt động thể lực, tỷ lệ này là 54%.

Thừa cân – béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng, thường gặp của ĐTĐ, TĐTĐ. Nghiên cứu của Hemavathi Dasappa et al tỷ lệ ĐTĐ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có BMI > 25 (kg/m²). Kết quả nghiên cứu của Shamima A. et al cho thấy bệnh nhân thừa

cân, béo phì có nguy cơ mắc ĐTĐ và TĐTĐ gấp 2 lần so với người có cân nặng bình thường. Chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ĐTĐ, TĐTĐ ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì với nhóm có cân nặng gầy, bình thường, tương tự như kết quả nghiên cứu của Khaled K. et al. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự liên quan của một số yếu tố nguy cơ khác như: nghề nghiệp, chế độ ăn ít chất xơ, rau xanh, quả tươi, hút thuốc lá.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTĐ là 7,3%, tiền ĐTĐ là 39,1%. Tỷ lệ tiền ĐTĐ chẩn đoán theo giá trị Go là 27%, HbA1c là 27%, thỏa mãn đồng thời cả hai giá trị Go và HbA1c là 14,9%. Các yếu tố có liên quan đến ĐTĐ, tiền ĐTĐ là: tuổi cao, tăng huyết áp, tăng TG, giảm HDL-C, tiền sử gia đình trực hệ mắc ĐTĐ, tiền sử ĐTĐ thai kỳ và/hoặc sinh con $\geq 4000\text{g}$, ít hoạt động thể lực.

Cần tầm soát sớm ĐTĐ, tiền ĐTĐ và các yếu tố nguy cơ phối hợp ở người ≥ 45 tuổi để can thiệp đúng mức và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association(2020)**, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Diabetes Care, 43(1), pp. S14 - S31.
2. **Bộ Y Tế (2017)**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2”.
3. **Bộ Y Tế (2020)**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường”.
4. **Endris et al (2019)**, Prevalence of Diabetes Mellitus, Pre-diabetes and its Associated factors in Dessie Town, Northeast Etiopia: A Community-based Study, Diabetes, Metab Syndr and Obes, 2019; 12:2799-2809.
5. **Hemavathi D. et al (2015)**, Prevalence of diabetes and pre-diabetes and assessments of their risk factors in urban slums of Bangalore, J Family Med Prim Care, 4(3):399-404.
6. **Hội Nội Tiết – ĐTĐ Việt Nam (2019)**, “Tiền đái tháo đường, đề phòng hoặc làm chậm xuất hiện bệnh đái tháo đường”, Khuyến cáo về bệnh nội tiết và chuyển hóa, NXB Y học, Tr. 259-282.
7. **IDF (2019)**, Diabetes Atlas Ninth edition 2019
8. **Khaled K. et al (2018)**, “Prevalence of Prediabetes, Diabetes, and Its Associated Risk Factors among Males in Saudi Arabia: A Population-Based Survey”, Journal of Diabetes Research, Volume 2018.
9. **Lê Anh Tuấn, Nguyễn Hải Thủy, Võ Văn Thắng (2010)**, “Tình hình tiền đái tháo type 2 ở đối tượng trên 45 tuổi tại bệnh viện quận Hải Châu - Đà Nẵng”, Tạp chí nội khoa, 4, tr. 491-499.
10. **National Diabetes Statistics Report (2020)**
11. **National survey on the risk factors of non-communicable diseases (STEPS) Viet Nam 2015.**
12. **Nguyễn Thị Thanh Hải (2013)**, “Nghiên cứu tình hình bệnh đái tháo đường và tiền đái tháo đường ở cán bộ diện bảo vệ sức khỏe phòng bảo vệ sức khỏe cán bộ tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2013”, Luận văn Thạc sỹ Y học, trường ĐHY Dược Huế.
13. **Nguyễn Vũ Quỳnh Thi và CS (2016)**, “Nghiên cứu tình trạng tiền ĐTĐ chưa được chẩn đoán tại khoa Khám bệnh, BVTW Huế”, Hội Nội tiết và Đái tháo đường Thừa Thiên Huế,
14. **Nguyễn Bá Trí (2016)**, “Thực trạng bệnh đái tháo đường ở người 45-69 tuổi và một số yếu tố liên quan tại thị trấn Sa Thầy, huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum năm 2016”, Hội Nghị Khoa Học ngành Y tế tỉnh Kon Tum 2017.
15. **Shamima A. et al (2014)**, “Prevalence of diabetes and pre-diabetes and their risk factors among Bangladeshi adults: a nationwide survey”, Bull World Health Organ, 92(3), pp. 204-213A.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH SỬ DỤNG ĐÚNG KHẨU TRANG Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHÂN VIÊN BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỬU LONG

Nguyễn Vũ Linh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sử dụng khẩu trang y tế (KTYT) là một trong những biện pháp phòng ngừa lây truyền các bệnh đường hô hấp, theo WHO (2020) khẩu trang y tế có thể làm giảm 85% lây lan COVID-19. Tuy nhiên theo một khảo sát của báo Dân Trí (2020) có 42% đối tượng được hỏi chưa biết cách sử dụng KTYT đúng.

Mục tiêu: khảo sát tỷ lệ kiến thức, thực hành sử dụng đúng khẩu trang y tế và một số yếu tố liên quan của nhân viên bệnh viện HMCL.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: điều tra cắt ngang trên các đối tượng bao gồm: bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, kỹ thuật viên, nhân viên khối hỗ trợ

Kết quả, bàn luận, kết luận:

Kiến thức đúng sử dụng KTYT đạt 65.3%, có sự khác biệt ý nghĩa giữa kiến thức với trình độ của đối tượng nghiên cứu ($p=0.001$, $OR=497$), thấp nhất là bậc phổ thông có kiến thức đúng 33.3%, cao nhất là bậc Đại học 83.3%, sau đại học là 67.8%, trung cấp/CĐ là 56.4%.

Thực hành đúng sử dụng KTYT đạt 62.7%, có sự khác biệt ý nghĩa giữa thực hành với trình độ của đối tượng nghiên cứu ($p=0.001$, $OR=0.530$), thấp nhất là bậc phổ thông với thực hành đúng 27.7%, cao nhất là bậc Đại học

79.2%, sau đại học là 62.5%, trung cấp/CĐ là 55.9%.

Yếu tố kiến thức có mối liên quan đến thực hành sử dụng đúng KTYT với $p=0.001$, $OR=5.464$.

Từ khóa: Nhân viên y tế, khẩu trang y tế.

SUMMARY

SURVEY ON KNOWLEDGE AND PROPER USE OF MEDICAL MASK AND SOME RELATED FACTORS OF STAFF AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL

Introduction: Using medical masks is one of the preventive measures to prevent the transmission of respiratory diseases. According to WHO (2020), medical masks can reduce the spread of COVID-19 by 85%. However, according to a survey of Dan Tri newspaper (2020), 42% of the respondents do not know how to use the medical mask properly.

Objective: to survey the rate of knowledge, practice of using the correct medical mask and some related factors of staff at HMCL.

Methodology to achieve research objective: Cross-sectional study on subjects including: doctors, nurses, pharmacists, technicians and support staff

Conclusion: The correct knowledge to use medical masks reached 65.3%, there was a significant difference between knowledge and the level of the research subjects ($p=0.001$, $OR=0.497$), the lowest was high school level with correct knowledge of 33.3%, the highest

*Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Linh
Email: linh.nguyen6@hoanmy.com
Ngày nhận bài: 9.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020
Ngày duyệt bài: 31.10.2020

was university level with 83.3%, postgraduate school level is 67.8%, intermediate / college level is 56.4%

Practicing the right practice in using medical masks reached 62.7%, there is a significant difference between practice and the level of research subjects ($p=0.001$, $OR=530$), the lowest is high school level with correct practice of 27.7%, the highest is university level with 79.2%, postgraduate level is 62.5% and intermediate / college reached 55.9%

Knowledge factors related to the practice of using the correct medical mask with $p=0.05$, $OR=464$

Key words: medical staff, medical masks.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng khẩu trang y tế là một trong những biện pháp phòng ngừa để hạn chế sự lây lan của một số bệnh về đường hô hấp, theo WHO (2020) sử dụng KTYT có thể làm giảm 85% lây lan COVID-19[8].

Sử dụng khẩu trang y tế không đúng chỉ định có thể gây lãng phí không cần thiết, khan hiếm cho cơ sở y tế, đồng thời có thể tạo ra tâm lý sai lầm về sự an toàn, và có thể dẫn đến sự bỏ qua các biện pháp thiết yếu khác như vệ sinh tay, hơn nữa sử dụng khẩu trang y tế không đúng cách có thể ảnh hưởng đến hiệu quả trong dự phòng nguy cơ lây truyền[4].

Tuy nhiên thực hành sử dụng khẩu trang y tế cho đến nay vẫn còn là một vấn đề rất đáng quan tâm, theo một khảo sát mới nhất về sử dụng khẩu trang y tế do báo Dân Trí thực hiện vào tháng 2/2020 thì có đến 42% đối tượng được khảo sát cho kết quả là sử dụng khẩu trang y tế chưa đúng cách. những sai sót trong thực hành mang khẩu trang

như: không che kín mũi miệng, mang khẩu trang dưới cằm, chạm mặt ngoài khi sử dụng khẩu trang, vẫn còn phổ biến[1][5].

Vì vậy nhóm nghiên cứu chúng tôi muốn tiến hành thực hiện nghiên cứu này với những mục tiêu như sau:

1. *Xác định tỷ lệ kiến thức đúng về sử dụng khẩu trang y tế.*

2. *Xác định tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng khẩu trang y tế.*

3. *Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thực hành về sử dụng khẩu trang y tế.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả nhân viên đang làm việc tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp kiến thức và quan sát trực tiếp để đánh giá thực hành đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Điểm kiến thức chung (12 câu hỏi về kiến thức tương ứng 1 điểm/1 câu đúng) được chia làm 2 nhóm: Nhóm kiến thức đúng: từ 10 đến 12 điểm, nhóm kiến thức chưa đúng: dưới 10 điểm

- Thực hành sử dụng khẩu trang đánh giá qua 3 giai đoạn: đeo, sử dụng và tháo gồm 10 nội dung, mỗi nội dung tương ứng 1 điểm. Nhóm thực hành đúng khi tổng điểm từ 8 đến 10 điểm, nhóm thực hành chưa đúng có tổng điểm dưới 8.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long Từ tháng 4/2020 đến tháng 7/2020.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm: so sánh tỷ lệ chi-bình phương, phân tích hồi quy logistic.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 389 đối tượng, trong đó nhóm nữ giới chiếm đa số 62,7%, nhóm tuổi từ 25 đến dưới 35 có tỷ lệ cao nhất chiếm 63,2%, nhóm chức danh điều dưỡng có tỷ lệ 39,6% cao hơn các nhóm chức danh còn lại, đa phần đối tượng nghiên cứu có trình độ trung cấp/cao đẳng chiếm 50.1%, nhóm thâm niên từ 5 năm trở lên là chiếm đa số với tỷ lệ 47.3%.

Tỷ lệ kiến thức sử dụng đúng khẩu trang y tế và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ kiến thức sử dụng KTYT đúng của đối tượng nghiên cứu đạt 65.3%. Trong đó có 37.3% hiểu sai rằng khẩu trang y tế thông thường có thể chống bụi tốt, và đến 26.5% cho rằng mặt trong của khẩu trang y tế không phải có tính hút ẩm, bên cạnh đó thì 19.5% chưa nắm được 2 thời điểm cần vệ sinh tay là trước khi đeo và sau khi tháo bỏ khẩu trang và có 4.4% cho rằng khẩu trang y tế sau khi sử dụng thải bỏ không phải là chất thải y tế lây nhiễm.

Yếu tố kiến thức có mối liên quan với trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.001, OR=0.497$), đối tượng trình độ phổ thông có tỷ lệ kiến thức thấp 33.3%, cao nhất là trình độ đại học đạt 83.3%, sau đại học đạt 67.8%, trung cấp/CĐ đạt 56.4%.

Nữ giới có tỷ lệ kiến thức sử dụng khẩu trang đúng tốt hơn nam giới, đối tượng trong độ tuổi từ 25 đến dưới 35 có tỷ lệ kiến thức cao hơn các nhóm còn lại, về chức danh chúng ta thấy nhóm được sĩ có tỷ lệ kiến thức tốt hơn các chức danh khác và những

đối tượng với thâm niên từ 5 năm trở lên có kiến thức cao hơn các nhóm thâm niên khác, tuy nhiên sự khác biệt của các yếu tố trên không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p>0.05$.

Tỷ lệ thực hành sử dụng đúng khẩu trang y tế và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ thực hành sử dụng KTYT đúng của đối tượng nghiên cứu đạt 62.7%, trong đó có đến 50.1% đối tượng nghiên cứu không vệ sinh tay trước khi đeo khẩu trang, không vệ sinh tay sau khi tháo khẩu trang là 18%. Trong quá trình sử dụng có đến 46.5% đối tượng nghiên cứu thường xuyên sờ chạm vào mặt ngoài của khẩu trang và 36,5% đối tượng mang khẩu trang dưới cằm hoặc che không kín mũi miệng, và có 12,9% đối tượng không phân loại đúng khẩu trang sau khi sử dụng vào thùng chứa chất thải lây nhiễm.

Yếu tố thực hành có mối liên quan với trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.001, OR=0.530$), đối tượng trình độ phổ thông có tỷ lệ thực hành đúng thấp 27.7%, cao nhất là trình độ đại học đạt 79.2%, sau đại học đạt 62.5%, trung cấp/CĐ đạt 55.9%.

Nữ giới có tỷ lệ thực hành sử dụng khẩu trang đúng tốt hơn nam giới, đối tượng trong độ tuổi dưới 25 có tỷ lệ thực hành cao hơn các nhóm còn lại, về chức danh chúng ta thấy nhóm điều dưỡng có tỷ lệ thực hành tốt hơn các chức danh khác, và những đối tượng với thâm niên từ 1 đến dưới 3 năm có thực hành đúng cao hơn các nhóm thâm niên khác, tuy nhiên sự khác biệt của các yếu tố trên không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p>0.05$.

Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về sử dụng KTYT

Các biến		Thực hành sử dụng KTYT		OR	p
		Đúng n(%)	Chưa đúng n(%)		
Kiến thức sử dụng KTYT	Đúng	226 (58.2%)	28 (7.1%)	5.464	0.001
	Chưa đúng	18 (4.6%)	117 (30.1%)		

Nhận xét: nhóm đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng là 58.2% cao hơn nhóm đối tượng có kiến thức sai và thực hành sai chiếm 30.1%, sự khác biệt trên có ý nghĩa về mặt thống kê với $p=0.001$, $OR=5.464$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiến thức sử dụng đúng khẩu trang y tế là 65.3%

Tỷ lệ thực hành sử dụng đúng khẩu trang y tế là 62.7%

Nhóm trình độ đại học có tỷ lệ kiến thức đúng đạt 83.3%, thấp nhất là nhóm trình độ phổ thông đạt 33.3% với $p=0.001$, $OR=0.497$

Nhóm trình độ đại học có tỷ lệ thực hành đúng đạt 79.2%, thấp nhất là nhóm trình độ phổ thông đạt 27.7% với $p=0.001$, $OR=0.530$.

Nhóm đối tượng có tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng đạt 58.2% cao hơn nhóm đối tượng có kiến thức sai và thực hành sai là 30.1%, với $p=0.001$, $OR=5.461$.

KIẾN NGHỊ

Duy trì huấn luyện tái huấn luyện hàng năm về nội dung sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, trong đó có nội dung về sử dụng khẩu trang y tế.

Tăng cường giám sát dưới mọi hình thức và nhắc nhở.

Khuyến khích nhân viên tự nguyện báo cáo sự cố những vấn đề liên quan đến việc sử dụng khẩu trang y tế lên hệ thống HM115.

Cần nghiên cứu sâu hơn về thái độ của nhân viên về vấn đề tuân thủ sử dụng khẩu trang y tế của nhân viên tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2020), Hướng dẫn phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh viêm đường hô hấp cấp do virus Corona 2019 (COVID-19) trong các cơ sở khám bệnh chữa bệnh. QĐ Số: 468/QĐ-BYT.
2. **Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn lựa chọn và sử dụng khẩu trang trong phòng chống dịch COVID-19, QĐ Số: 1444/Đ-BYT.
3. **Báo Dân Trí** (2020), Khảo sát sử dụng khẩu trang đúng cách của người dân, <<https://dantri.com.vn/suc-khoe/khao-sat-cua-dan-tri-42-deo-khau-trang-sai-cach-va-nhung-con-so-biet-noi-ve-virus-corona-20200131232536339.htm>>, xem 12/4/2020.
4. **Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long** (2019), Báo cáo thi đua thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn quý IV-2019.
5. **Taylor M, Raphael B, Barr M** (2009), et al. Public health measures during an anticipated influenza pandemic: Factors influencing willingness to comply. Risk Manag Healthc Policy. 2009;2:9–20.
6. **Tang CS, Wong CY** (2004), Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. Prev Med. 2004;39:1187–93.
7. **Kumar, Katto, Adeel A. Siddiqui** (2020), Knowledge, Attitude, and Practices of Healthcare Workers Regarding the Use of Face Mask to Limit the Spread of the New Coronavirus (COVID-19). DOI: 10.7759/cureus.7737.
8. **WHO** (2020), Công bố khuyến cáo, <<https://www.livescience.com/face-masks-eye-protection-covid-19-prevention.html>>, xem 9/6/2020.

NỘI SOI NGƯỢC DÒNG NIỆU QUẢN – THẬN ỐNG MỀM TÁN SỎI LASER SỎI THẬN VÀ SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN LƯNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ ITO ĐỒNG NAI

Nguyễn Văn Truyen*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: Sỏi thận và sỏi niệu quản là một bệnh thường gặp, cần được phát hiện và điều trị sớm. Điều trị khi có chỉ định ngoại khoa hiện nay thiên về phẫu thuật không hoặc ít xâm lấn. Khó khăn lớn nhất khi phẫu thuật là sỏi di chuyển vị trí không tìm lại được hoặc ở vị trí khó tiếp cận và không thể tự đào thải. Khó khăn này chỉ có thể giải quyết được bằng nội soi ống mềm. Vừa qua, chúng tôi mới thực hiện được ca đầu tiên nội soi ống mềm điều trị sỏi niệu với kết quả rất tốt. Chúng tôi xin trình bày trường hợp này với mục tiêu đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: báo cáo ca lâm sàng đầu tiên bị sỏi thận và sỏi niệu quản đoạn lưng điều trị thành công bằng nội soi ống mềm tại bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai vào tháng 08/2020.

Kết quả: BN nữ, 64 tuổi, bị sỏi 2 thận và sỏi niệu quản P đoạn lưng đã được đặt JJ niệu quản 2 bên cách nhập viện 01 tháng. Sau khi khám lâm sàng, thực hiện các XN cận lâm sàng, hình ảnh học,... xác định chẩn đoán và đánh giá tình trạng trước khi phẫu thuật. Phẫu thuật được thực hiện trong 75 phút: tán sỏi nội soi Laser ống mềm sỏi thận – niệu quản P + lấy sỏi thận T, thay

JJ niệu quản 2 bên. Hậu phẫu ổn định. BN được xuất viện sau 03 ngày điều trị.

Kết luận: nội soi ống mềm ngược dòng niệu quản tán sỏi thận – niệu quản đoạn lưng bằng Laser là phương pháp điều trị mới ít xâm lấn, khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi thận, Sỏi niệu quản, Tán sỏi nội soi ngược dòng laser ống mềm.

SUMMARY

RETROGRADE FLEXIBLE URETERORENOSCOPY FOR TREATMENT OF RENAL AND UPPER URETERAL STONES: A FIRST CASE REPORT AT HOAN MY ITO DONG NAI HOSPITAL

Background and Purpose: At present, non or minimally invasive treatments have almost completely indicated in the management of the urinary stone disease. In the recent time, we have treated successfully for a first patient who had bilateral kidney stones and upper right ureteral stone by flexible ureterorenoscopy. We report this first case with the aim of evaluating the feasibility, safety and effectivity.

Patient and Method: a case report at Hoan My ITO Dong Nai hospital in August 2020.

Results: A female patient, 64 years old, had bilateral renal and right upper ureteral stone, second degree hydronephrosis, being performed by retrograde flexible ureterorenoscopy and laser lithotripsy in 75 minutes with bilateral double – J ureteral stent. The patient was discharged on the 3rd day after the procedure.

**BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Truyen
Email: bsnguyenvantruyen60@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Conclusions: Nephrolithotripsy and ureterolithotripsy have been performed by flexible ureterorenoscopy and laser lithotripsy were feasible, safe and effective.

Key words: Renal stone, Ureteral stone, Flexible ureterorenoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận và sỏi niệu quản là một bệnh thường gặp, chiếm khoảng 70% sỏi niệu nói chung. Sỏi thận và sỏi niệu quản cần được phát hiện và điều trị sớm để tránh các biến chứng.

Điều trị sỏi thận hoặc sỏi niệu quản khi có chỉ định ngoại khoa hiện nay thường thiên về phẫu thuật không hoặc ít xâm lấn như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi tán sỏi ngược dòng (URS), phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da (PCNL), mổ nội soi^(1,7). Khó khăn lớn nhất khi thực hiện các phẫu thuật nói trên là tình huống sỏi di chuyển vị trí không tìm lại được hoặc ở vị trí khó tiếp cận và không thể tự đào thải. Những khó khăn này chỉ có thể giải quyết được bằng nội soi ống mềm^(3,4,5,6). Nội soi ống mềm điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản đoạn lưng mặc dù đã phổ biến trên thế giới nhưng hiện chưa được phổ biến tại Việt Nam do giá thành cao, dễ hỏng, khó sử dụng^(2,3,4). Thật vậy, dù rất mong muốn và chuẩn bị từ lâu, nhưng chúng tôi mới chỉ thực hiện được ca đầu tiên tại BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai với kết quả rất tốt. Chúng tôi xin trình bày trường hợp đặc biệt này với mục tiêu đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: trình bày bệnh án BN nữ, 64 tuổi, bị sỏi 2 thận và sỏi niệu quản P đoạn lưng đã được đặt JJ niệu quản 2 bên cách nhập viện 01 tháng. Nhập viện lần này,

BN được chỉ định phẫu thuật nội soi ống mềm với gây mê toàn thân để giải quyết triệt để phần sỏi còn lại.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả ca lâm sàng.

– **Đánh giá kết quả sạch sỏi:** dựa vào nội soi thận ± C – arm lúc mổ và chụp X quang KUB sau mổ 2 ngày và sau 2 – 4 tuần khi BN nhập viện để rút ống JJ.

– **Tiêu chuẩn sạch sỏi:** không còn thấy hình ảnh sỏi trên KUB, siêu âm hoặc chỉ còn mảnh sỏi nhỏ < 4mm không có ý nghĩa về mặt lâm sàng do những mảnh sỏi nhỏ < 4mm này sẽ được đào thải tự nhiên theo dòng nước tiểu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN: NGUYỄN THỊ Đ., nữ, sinh năm 1956

Địa chỉ: ấp Lê Lợi I, xã Quang Trung, H. Thống Nhất, T. Đồng Nai.

Nhập viện ngày 24/08/2020. **Xuất viện** ngày 28/08/2020. Số vào viện: 200034353

Lý do nhập viện: đau hông lưng hai bên.



H. 1. KUB trước mổ. JJ 2 bên, sỏi NQ P lưng ngang mức L2 – L3, sỏi thận T.

Bệnh sử: BN bị đau hông lưng 2 bên, sỏi 2 thận và niệu quản T chậu, hai thận ứ nước

độ III, suy thận cấp đã được tán sỏi nội soi Laser sỏi thận và niệu quản bên T, đặt JJ 2 bên cách nhập viện 01 tháng. Hậu phẫu ổn định, suy thận đã cải thiện, chỉ còn đau âm ỉ ở hông lưng 2 bên, không sốt, tiểu bình thường.

Khám: BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt. M 64 lần/phút. HA 120/80mmHg. Nhiệt độ 37°C. Nhịp thở 20 lần/phút. Cân nặng 46kg. Thở trạng trung bình. Da niêm hồng. Không phù. Tim phổi bình thường. Bụng mềm, không đau. Gan, lách không to. Chạm thận (-) 2 bên. Các cơ quan khác chưa phát hiện gì lạ.

Cận lâm sàng:

XN máu: HC 3.660.000, BC 4.840, N 64,9%; HGB 10,2g/dL; HCT 32,5%; TC 218.000; PT 13,8”; aPTT 26,1”; Glucose máu 5,8mmol/L; Uremie 4,1mmol/L; Creatinine máu 58,6 μ mol/L; Điện giải đồ: Na⁺ 142,4mmol/L; K⁺ 4,0mmol/L; Cl⁻ 107,4mmol/L; Đo hoạt độ AST 12,9 U/L; ALT 10,7 U/L.

Tổng phân tích nước tiểu: BC (-); HC 3(+); Nitrite (-)

X quang ngực thẳng: hình ảnh tim phổi trong giới hạn bình thường. Cột sống ngực vẹo T.

X quang KUB: sỏi NQ P lưng, gần khúc nối, sỏi nhỏ thận T, JJ 2 bên, thoái hóa cột sống thắt lưng (Hình 1).



H. 2. Kíp mổ nội soi ống mềm

MSCT bụng chậu không cản quang: 2 thận ứ nước độ II, nhiều sỏi khúc nối P, sỏi nhỏ thận T, JJ 02 bên.

Siêu âm bụng: hai thận xơ dẫn đài bể thận độ II, có sỏi 2 thận. Dày thành bàng quang.

Chẩn đoán: Sỏi 2 thận và niệu quản P lưng, JJ 2 bên.

BN đã được hội chẩn duyệt mổ chương trình và được mổ ngày 25/08/2020.

Thời gian PT 75 phút từ 11 giờ đến 12 giờ 15.

Phương pháp phẫu thuật: nội soi ngược dòng niệu quản tán sỏi Laser sỏi thận P + sỏi NQ P lưng ống mềm. Nội soi ống mềm kiểm tra thận T. Thay ống JJ 2 bên.

Phẫu thuật viên chính: BS CKII. Nguyễn Văn Truyen (Hình 2).

Tường trình phẫu thuật:

1. Nội soi bàng quang bằng máy soi niệu quản ống cứng. Tiếp cận miệng niệu quản P. Không thấy đầu ống JJ bên P trong bàng quang. Đặt Guide Wire vào NQ P. Lên máy theo G.W. Nội soi thấy ống JJ P bị tụt lên trên niệu quản P, cách miệng NQ P # 3cm. Dùng kẹp rút JJ cũ. Tiếp tục soi lên NQ P theo G.W. Niệu quản P gần vị trí khúc nối có nhiều sỏi cứng, vàng cháy, d # từ 0,5 – 1,5cm. Dùng rọ bắt sỏi và tán sỏi bằng Laser trong rọ một phần. Chuyển qua nội soi ống mềm.



H.3. Sỏi thận + NQ P lấy được qua nội soi ống mềm.

Đặt sheath niệu quản số 12 theo G.W lên tới bể thận. Dùng máy nội soi mềm chui qua sheath lên thận soi kiểm tra thấy có nhiều mảnh sỏi vụn và sỏi thận ở đài giữa, dưới, d # từ 0,5 – 1,5cm. Tán sỏi Laser với sợi quang 200µm công suất 25,6W bằng máy Accutech 80W cho vỡ vụn. Dùng rọ không đầu bắt đưa ra ngoài các mảnh sỏi lớn (Hình 3). Soi kiểm tra các đài thận thấy chỉ còn các mảnh sỏi vụn nhỏ < 2mm sẽ thoát ra ngoài theo dòng nước tiểu sau đó. Thay JJ mới. Rút máy soi.



H. 4. KUB sau mổ 02 ngày. JJ 2 bên. Sạch sỏi.

2. Nội soi lại bằng quang bằng máy soi cứng. Tiếp cận và rút JJ niệu quản T cũ. Đặt G.W. T. Đặt sheath niệu quản T số 12 theo G.W. Dùng máy nội soi ống mềm chui qua sheath lên thận T soi kiểm tra thấy thận T có vài mảnh sỏi nhỏ d # 4 – 5mm ở đài thận dưới. Dùng rọ không đầu bắt lấy các mảnh sỏi này. Soi kiểm tra các đài thận trên, giữa, dưới thấy sạch sỏi. Thay JJ mới. Rút máy soi. Đặt thông tiểu lưu.

Hậu phẫu: BN được truyền dịch 02 ngày. Kháng sinh sử dụng Cefoperazone 2g ngày 1 lọ x 2 pha truyền tĩnh mạch + Amikacin 1g/ ngày pha truyền tĩnh mạch trong thời gian nằm viện.

Rút ống thông tiểu cho tự tiểu, cho ăn uống bình thường vào ngày 26/08/2020. Chụp phim KUB vào ngày 27/08/2020: sạch sỏi, JJ 2 bên. (Hình 4).

BN không sốt, không đau, tiểu bình thường sau khi rút thông tiểu.

Xuất viện vào ngày 28/08/2020. Hẹn rút JJ sau 2 tuần nữa.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi xin bàn luận về các vấn đề sau đây:

Chỉ định nội soi ống mềm

Theo khuyến cáo, **chỉ định tán sỏi nội soi thận – niệu quản ngược dòng ống mềm** bao gồm:

- Sỏi đài thận, sỏi bể thận kích thước ≤ 2,5cm đơn thuần hoặc kết hợp, một hoặc nhiều viên.
- Sỏi trong các đài thận nhỏ ở vị trí khó tiếp cận bằng tán sỏi qua da.
- Sỏi bể thận hoặc niệu quản đoạn lưng di chuyển vào trong thận sau tán sỏi nội soi niệu quản ngược dòng hoặc mổ nội soi sau phúc mạc thất bại.
- Sỏi niệu quản đoạn cao chỉ định tán sỏi bằng ống soi mềm một thì.
- Sỏi thận sỏi, tái phát sau mổ, tán sỏi qua da, nội soi ngược dòng, tán sỏi ngoài cơ thể.

Trường hợp BN của chúng tôi. BN bị sỏi 2 thận và sỏi niệu quản đoạn lưng P nhiều viên, có thể do sỏi trong thận di chuyển xuống niệu quản dẫn nằm trên viên sỏi niệu quản khảm gây bế tắc. Chúng tôi chọn nội soi ống mềm có hỗ trợ lúc đầu của nội soi ống cứng để tán cả sỏi niệu quản lẫn sỏi trong thận. Về mặt lý thuyết, để giải quyết

sỏi thận và sỏi niệu quản đoạn lưng như trong trường hợp này, có 2 lựa chọn: *Hoặc làm **Mini PCNL** với ống soi thận nhỏ (xâm lấn hơn nội soi niệu quản theo đường tự nhiên vì phải tạo đường hầm vào thận) giải quyết lấy sỏi thận và sỏi niệu quản luôn với điều kiện phải đi vào thận qua đài giữa hoặc đài trên. *Hoặc làm **nội soi ống mềm ngược dòng niệu quản** tán sỏi niệu quản rồi lên thận đi vào các đài thận tán sỏi trong thận đã có sẵn và sỏi niệu quản đoạn lưng di chuyển lên thận khi bơm nước tán sỏi ngược dòng. ***Nội soi ống cứng ngược dòng** trong trường hợp này để giải quyết sạch sỏi sẽ không cao do sỏi chạy lên thận vào các đài, đặc biệt đài thận giữa, đài thận dưới, chưa kể sỏi có sẵn trong thận nên chúng tôi không chọn phương pháp phẫu thuật này. Sự lựa chọn của chúng tôi là đúng đắn được chứng minh khi phẫu thuật với nội soi ống mềm. Nhận định về hiệu quả điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng khi tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Laser với ống bán cứng, qua các nghiên cứu trong và ngoài nước, các tác giả đều nhận thấy khả năng thành công chỉ khoảng 80% do không tiếp cận được sỏi hoặc do sỏi di chuyển lên thận khi tán và mất hút trong các đài thận, thường là đài thận dưới^(1,8). Turkc⁽⁸⁾ và cộng sự trong một nghiên cứu phân tích đa trung tâm, nhận thấy tỉ lệ sạch sỏi NQ đoạn 1/3 trên chỉ khoảng 74% nếu tán sỏi nội soi ngược dòng bằng ống soi bán cứng. Nguyễn Trung Hiếu⁽¹⁾ và cộng sự với 105 TH sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên tán sỏi nội soi ngược dòng tại Cần Thơ nhận thấy tỉ lệ thành công 78/105 TH (74,3%). Như vậy, theo chúng tôi, nếu BN bị sỏi niệu quản đoạn lưng gần bể thận hoặc sỏi ở khúc nối bể thận – niệu

quản, chúng ta vẫn có thể sử dụng nội soi ống cứng để tán sỏi Laser nhưng sẵn sàng chuyển qua Mini PCNL lấy sỏi ngay hoặc đặt JJ, chờ làm nội soi ống mềm sau 1 – 4 tuần hoặc tán sỏi ngoài cơ thể nếu sỏi chạy mà không tiếp cận và kiểm soát được sỏi nữa. Tuy nhiên, trên thực tế, cần lưu ý đến hiệu quả của tán sỏi ngoài cơ thể không cao như Mini PCNL và nội soi ống mềm.

Đặt thông JJ NQ trước mổ có cần thiết?

Một trong những yếu tố quan trọng góp phần vào sự thành công của tán sỏi nội soi Laser ống mềm là đặt được sheath niệu quản lên bể thận. Để đặt được sheath lên bể thận, niệu quản phải dẫn đủ. Rút kinh nghiệm từ những trường hợp không lên được máy soi niệu quản khi tán sỏi niệu quản ngược dòng bằng ống soi bán cứng do niệu quản nhỏ hẹp, phẫu thuật viên thường đặt JJ lách qua giữa sỏi và thành niệu quản. Sau 1 – 4 tuần sẽ lên lại niệu quản tán sỏi thì hai rất dễ dàng do niệu quản đã dẫn rộng. Như vậy, để tạo thuận lợi khi đặt sheath niệu quản lên bể thận trong nội soi ống mềm, chúng tôi đặt JJ niệu quản bên tán sỏi từ 1 – 4 tuần. Trong trường hợp bệnh của chúng tôi là 4 tuần. Nhờ đó, khi đặt sheath niệu quản lên bể thận để thực hiện nội soi ống mềm của chúng tôi rất dễ dàng, thuận lợi. Lợi ích của đặt JJ trước mổ là điều không còn phải bàn cãi. Về đặt ống thông JJ trước mổ, Hoàng Long⁽³⁾ đã đặt trước mổ 1 – 2 tuần ở 156/177 BN (88,1%). Nguyễn Huy Tiến⁽⁴⁾ và cộng sự đặt JJ trước mổ 1 tuần trong 28/32 TH tán sỏi nội soi Laser ống mềm. Ngược lại, nếu không đặt JJ niệu quản trước mổ từ 1 – 2 tuần, thì nguy cơ tổn thương thành niệu quản khi đặt sheath

niệu quản theo Traxer O.⁽⁷⁾ và cộng sự sẽ tăng gấp 7 lần.

Phối hợp ống nội soi bán cứng và ống nội soi mềm trong tán sỏi nội soi ống mềm.

Trong trường hợp mổ của chúng tôi, chúng tôi dẫn đầu phẫu thuật bằng nội soi ống cứng trước khi sử dụng ống nội soi mềm để hoàn thành phẫu thuật. Sử dụng ống cứng lúc đầu để tán, bắt phần sỏi trong phạm vi tối đa có thể (sỏi ở niệu quản, bể thận, đài trên là những vị trí đồng trục với niệu quản), đặt sheath niệu quản lên bể thận dọn đường cho nội soi ống mềm. Đây cũng là cách làm mà hầu hết các tác giả đều khuyến cáo nhằm tăng tỉ lệ sạch sỏi, giảm thời gian mổ cũng như kéo dài tuổi thọ ống soi mềm thay vì sử dụng nội soi ống mềm đơn thuần ngay từ đầu^(2,3,4,7).

Nội soi ngược dòng niệu quản tán sỏi thận – niệu quản đoạn lưng bằng Laser liệu có khả thi, an toàn và hiệu quả?

Qua trường hợp bệnh mổ với kết quả khả quan, thành công, đáng khích lệ, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật này hoàn toàn có thể thực hiện được tại cơ sở có đủ phương tiện về trang thiết bị, gây mê hồi sức tốt, phẫu thuật viên lành nghề như BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai. Ở thời điểm hiện tại, do chi phí máy móc, lại dễ hư, tuổi thọ thấp khiến viện phí còn cao so với thu nhập hiện tại của người dân là những trở ngại thực sự khi giải thích cho BN và thực hiện phẫu thuật. Trường hợp mổ của chúng tôi có thời gian mổ 75 phút. Traxer O.⁽⁷⁾ và cs thực hiện được trung bình 50 TH mổ cho 01 máy nội soi mềm. Delfidio⁽⁵⁾ và cs làm được đến 107,6 TH cho một máy nội soi mềm.

Về an toàn và hiệu quả của tán sỏi nội soi

Laser ngược dòng ống mềm theo một số tác giả như sau: Hoàng Long⁽³⁾ có 153/167 TH (91,6%) làm nội soi ống mềm sạch sỏi sau 1 tháng, không có biến chứng chảy máu hay nhiễm khuẩn tiết niệu, chỉ có 18/167 BN bị sốt nhẹ được phân loại biến chứng theo Clavien Dindo độ I chiếm 10,8%, điều trị nội khoa ổn định ra viện. Nguyễn Huy Tiến⁽⁴⁾ có tỉ lệ sạch sỏi 28/32 BN (87,5%) sau 2 tháng phẫu thuật. Phạm Ngọc Hùng⁽²⁾ và cộng sự thực hiện nội soi mềm niệu quản thận ngược dòng cho 27 BN tán sỏi thận có kích thước trên 2cm. Kết quả: thành công hoàn toàn 17/27 TH (60,7%), thành công một phần 8/27 TH (28,6%), thất bại 3/27 TH (10,7%), 4 TH (14,3%) sót sau mổ, chuỗi sỏi niệu quản sau rút JJ gặp 6 TH (21,42%). Elias S. Hyams⁽⁶⁾ nghiên cứu hồi cứu tại 3 trung tâm của mình với kỹ thuật nội soi mềm tán sỏi thận bằng Laser trên 120 bệnh nhân có kích thước sỏi 20 – 30mm cho kết quả sạch sỏi 83% với mảnh sỏi còn lại < 4mm sau 2 tháng. Nói chung, tỉ lệ sạch sỏi khi thực hiện nội soi ống mềm theo các tác giả dao động từ 80 – 95% tùy theo kích thước sỏi, số lượng sỏi, vị trí sỏi và số lần thực hiện.

V. KẾT LUẬN

Qua trường hợp tán sỏi thận – niệu quản đoạn lưng bằng Laser được thực hiện qua nội soi niệu quản ngược dòng ống mềm đầu tiên tại BV Hoàn Mỹ ITO thành công, chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp điều trị mới, khả thi, an toàn và hiệu quả. Chi phí cao, tuổi thọ máy thấp vẫn còn là một trở ngại đáng kể khi chỉ định. Vượt qua những rào cản có thể thay đổi được theo thời gian, chúng tôi quyết tâm sẽ thực hiện phẫu thuật này nhiều hơn để

có thể đánh giá chính xác và đầy đủ cũng như xác định được lợi ích, hiệu quả thiết thực của nó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Hiếu, Đàm Văn Cương, Trần Huỳnh Tuấn, Lê Quang Trung, Đặng Hoàng Minh (2016).** “Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu bằng phương pháp tán sỏi laser tại bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ”. Y học Việt Nam tập 445, tr. 229 – 233.
2. **Phạm Ngọc Hùng, Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng và cộng sự (2016).** “Nội soi mềm niệu quản thận ngược dòng tán sỏi thận có kích thước trên 2cm”. Y học Việt Nam, tập 445, tr. 262 – 267.
3. **Hoàng Long, Trần Quốc Hòa, Chu Văn Lâm, Ngô Đậu Quyền (2019).** “Kết quả tán sỏi thận nội soi ngược dòng ống mềm”. Y học Việt Nam tập 481, tr. 194 – 204.
4. **Nguyễn Huy Tiến, Phạm Việt Hùng, Chu Văn Hà (2019).** “Kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi ngược dòng với ống mềm có sử dụng C- ARM tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Ninh”. Y học Việt Nam tập 481, tr. 325 – 329.
5. **Delfidio L., Dominicis M., Di Gianfrancesco L. (2012).** “Improving flexible ureterorenoscope durability up to 100 procedures”. J of Endouro; 26; 1329 – 1334.
6. **Elias S. Hyams, Ravi Munver Vincent G. Bird, Jayant Uberoi Ojas Shah (2010).** “Flexible Ureterorenoscopy and Holmium Laser Lithotripsy for the Management of Renal Stone Burdens That Measure 2 to 3cm A Multi – Institutional Experience”. Journal of Endourology, 24(10), 1583 – 1588.
7. **Traxer O (2008).** “Flexible ureterorenoscopic management of lower pole stone: Does the scope make the difference?” J of Endourol; 22; 1847 – 1850.
8. **Turkc, Knoll et al. (2011).** “Guidelines on urolithiasis”. European Association of Urology”, pp 47 – 55.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠCH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Hoàng Thị Lệ Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim là tình trạng phổ biến và là gánh nặng toàn cầu với số người bệnh ngày càng tăng. **Mục tiêu:** Mô tả kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị nội trú tại khoa Tim Mạch bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn và xác định các yếu tố có liên quan đến kiến thức, thực hành tự chăm sóc. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả, sử dụng công cụ đánh giá về kiến thức tự chăm sóc AHFKT-V2 và công cụ đánh giá về thực hành tự chăm sóc EHFSBS-9. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức về tự chăm sóc đúng là 45,2% với điểm kiến thức trung bình $15,1 \pm 3,8$. Điểm thực hành tự chăm sóc trung bình là $27,5 \pm 4,3$. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng và thực hành tự chăm sóc tốt còn tương đối thấp.

Từ khóa: Kiến thức về tự chăm sóc, thực hành tự chăm sóc, suy tim mạn

SUMMARY

**KNOWLEDGE AND PRACTICE OF
SELF-CARE OF INPATIENTS WITH
CHRONIC HEART FAILURE
DISCHARGED FROM THE
CARDIOLOGY DEPARTMENT, HOAN
MY SAIGON HOSPITAL**

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Lệ Thủy

Email: hoangthilethuy.58@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Introduction: Heart failure is a common condition and a global burden with a rapidly increasing number of patients in recent years.

Objective: Describe knowledge and practice of self-care at home of inpatients with chronic heart failure discharged from the Cardiology Department, Hoan My Saigon Hospital and identify factors related to knowledge and self-care practice.

Methods: Cross-section description, using assessment toolkit of self-care knowledge AHFKT-V2 and assessment toolkit for self-care practice EHFSBS-9. **Results:** The proportion of patients with knowledge of correct self-care was 45.2% with an average score of 15.1 ± 3.8 . Average self-care practice score was 27.5 ± 4.3 . **Conclusion:** The proportion of patients with correct knowledge and good self-care practices is still relatively low.

Key words: Self-care knowledge, self-care practice, chronic heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là tình trạng phổ biến và là gánh nặng toàn cầu với hơn 26 triệu người mắc [5]. Tại Việt Nam ước tính có khoảng 320,000 đến 1,6 triệu người bị suy tim cần điều trị [1]. Tuy việc quản lý bệnh và tự chăm sóc tại nhà đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị nhưng các nghiên cứu trước đây đều chỉ ra một thực trạng đáng báo động rằng kiến thức và thực hành tự chăm sóc tại nhà của người bệnh suy tim còn thấp [2], [3], [6]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc đồng thời xác định các yếu tố liên

quan đến kiến thức và thực hành của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Từ đó xây dựng một chương trình GDSK nhằm nâng cao kiến thức cũng như thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu: người bệnh điều trị nội trú tại khoa Tim mạch bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn được chuẩn đoán suy tim từ ngày 02/01/2020 đến ngày 10/09/2020. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ.

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

Với độ chính xác mong muốn là $d=0,07$; độ tin cậy = 95% $\rightarrow Z = 1,96$; tỉ lệ ước lượng người bệnh có kiến thức đúng là $p = 0,5$ thì $n \geq 196$.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện để chọn những bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Tim Mạch bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn có chẩn đoán suy tim mạn.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: người bệnh suy tim mạn tình trạng, tiếp xúc tốt, đồng ý tham gia nghiên cứu và có thể tự chọn câu trả lời phù hợp theo suy nghĩ cá nhân.

Tiêu chuẩn loại mẫu: người bệnh suy tim mạn không có khả năng nghe, nói, đọc tiếng Việt tốt; tình trạng sức khỏe không đảm bảo để tham gia cuộc phỏng vấn dài 30 phút hoặc tình trạng bệnh đang diễn tiến nặng cần một chế độ chăm sóc đặc biệt.

Công cụ thu thập số liệu: bộ câu hỏi gồm 3 phần gồm thông tin chung, kiến thức về tự chăm sóc, thực hành tự chăm sóc. Phần thông tin chung bao gồm 10 câu hỏi về nhân khẩu học, giáo dục sức khỏe (GDSK), phương tiện tìm hiểu thông tin. Phần kiến

thức về tự chăm sóc bao gồm 30 câu hỏi được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi AHFKT-V2 và được sửa đổi một số nội dung cho phù hợp với văn hóa và tình hình Việt Nam với sự đóng góp ý kiến của các chuyên gia (Cronbach's alpha = 0,76). Mỗi câu trả lời đúng sẽ được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết sẽ được tính 0 điểm. Người bệnh có tổng điểm kiến thức trên 15 điểm là có kiến thức đúng, còn lại là có kiến thức sai. Phần thực hành tự chăm sóc bao gồm 9 câu hỏi về thực hành dựa theo thang điểm EHFSBS-9 (Cronbach's alpha = 0,82). Có tất cả 9 hành động được đánh giá theo thang điểm như sau: "Rất không đồng ý"=1 điểm, "Không đồng ý"=2 điểm, "Không ý kiến"=3 điểm, "Đồng ý"=4 điểm, "Rất đồng ý"=5 điểm.

Xử lý số liệu: nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm SPSS.20. Thống kê mô tả: trung bình và độ lệch chuẩn (ĐLC) được dùng mô tả biến định lượng. Số liệu dạng định tính thì dùng tỉ lệ phần trăm được báo cáo. Phép kiểm Chi bình phương, t-test, Anova và hồi quy tuyến tính được sử dụng xác định mối liên quan giữa các biến định tính với kiến thức và điểm thực hành tự chăm sóc. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của 197 người bệnh tham gia nghiên cứu là $70,4 \pm 15,8$, với tuổi cao nhất là 92, thấp nhất là 27. Người bệnh trên 65 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ khoảng 60%, tương đương ở hai giới, hầu hết là dân tộc Kinh, đang sống chung với người chăm sóc (90%), gần 3/4 sống tại thành thị. Tất cả người bệnh đều có bệnh lý kèm theo, nhóm người có 3-5 bệnh đi kèm chiếm tỉ lệ cao

nhất (55%). Người bệnh có trình độ học vấn (TĐHV) dưới THPT chiếm đa số (60%), phần lớn không có nghề nghiệp (70,1%). Người bệnh chưa từng được GDSK về suy

tim chiếm hơn 1/3, khoảng 30% không tự tìm hiểu thông tin về bệnh. Ở những người bệnh có tìm hiểu kiến thức về bệnh thì có đến 86% tìm hiểu thông qua NVYT.

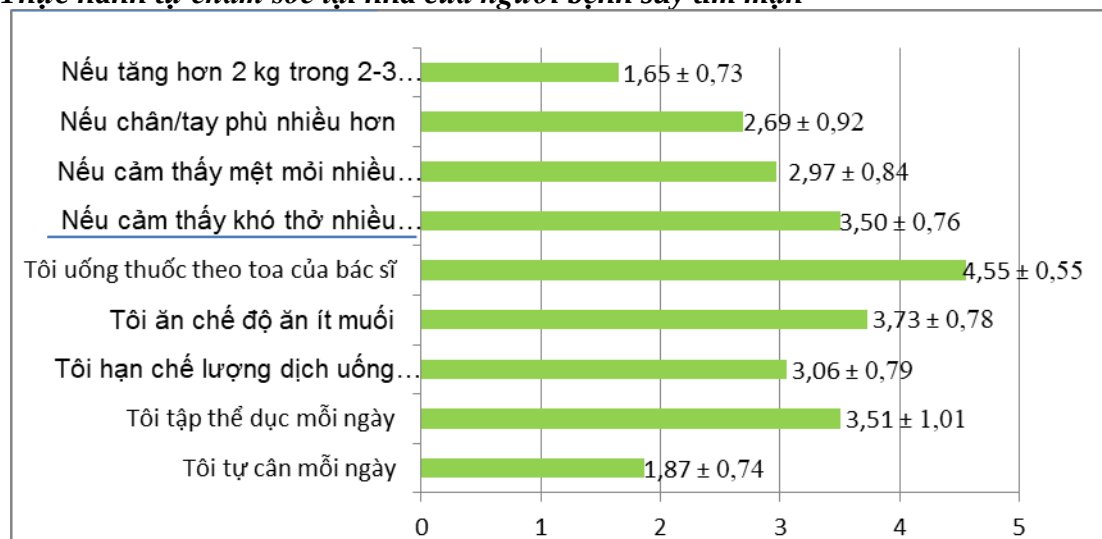
Kiến thức về tự chăm sóc

Bảng 1. Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim theo bộ câu hỏi AHFKT-V2

Nhóm kiến thức tự chăm sóc	Kiến thức đúng (%)
Kiến thức về hành vi	62,1
Kiến thức về theo dõi triệu chứng	50,8
Kiến thức về dinh dưỡng	44,8
Kiến thức về sử dụng thuốc	44,3
Kiến thức về bệnh học	37,3
Kiến thức tự chăm sóc	45,2

Trong số 197 người bệnh suy tim tham gia nghiên cứu, tỉ lệ người bệnh có kiến thức về tự chăm sóc đúng là 45,2% với điểm trung bình là $15,1 \pm 3,8$. Người bệnh có kiến thức đúng về hành vi tự chăm sóc chiếm tỉ lệ cao nhất (62,1%), thấp nhất là kiến thức về bệnh học (37,3%). Hơn ½ biết các triệu chứng cần theo dõi (50,8%). Tỉ lệ người bệnh có kiến thức đúng về dinh dưỡng và sử dụng thuốc là khoảng 44%.

Thực hành tự chăm sóc tại nhà của người bệnh suy tim mạn



Biểu đồ 1. Thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim theo EHFScBS-9

Điểm thực hành tự chăm sóc trung bình là $27,5 \pm 4,3$ với điểm cao nhất là 40, thấp nhất là 18. Trong 9 hành động thực hành tự chăm sóc, hành động “uống thuốc theo toa của bác sĩ” có điểm trung bình cao nhất ($4,55 \pm 0,55$), hành động “ăn chế độ ít muối” có điểm số cao thứ hai

($3,73 \pm 0,78$), thấp nhất là hành động “sẽ liên lạc ngay với bác sĩ hoặc đến ngay bệnh viện nếu tăng 2 kg trong vòng 2-3 ngày” ($1,65 \pm 0,73$) và “tự cân mỗi ngày” ($1,87 \pm 0,74$).

Mối liên hệ giữa các điểm điểm chung của đối tượng nghiên cứu với kiến thức và thực hành tự chăm sóc.

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với kiến thức và thực hành tự chăm sóc

Đặc điểm	Kiến thức Đúng		Giá trị p*	Điểm thực hành	Giá trị p**
	N	%		TB ± ĐLC	
Tuổi					
<50 tuổi (n=23)	22	95,7	<0,001	31,1 (5,1)	<0,001 ^a
50-65 tuổi (n=60)	44	73,3		29,5 (3,4)	
>65 tuổi (n=114)	23	20,2		25,8 (3,4)	
Giới					
Nam (n=102)	46	58,8	0,065	28,2 (4,6)	0,025 ^b
Nữ (n=95)	43	30,5		26,8 (3,6)	
Dân tộc					
Kinh (n=176)	79	44,9	0,286	27,6 (4,2)	0,721 ^c
Hoa (n=19)	8	42,1		26,8 (3,8)	
Khác (n=2)	2	100		27,5 (7,8)	
Nơi sống					
Thành thị (n=155)	69	44,5	0,730	27,5 (4,2)	0,730 ^b
Nông thôn (n=42)	20	47,6		27,8 (4,4)	
Nghề nghiệp					
Người già/Hưu trí (n=138)	39	28,3	0,725	26,4 (3,7)	0,034 ^c
Công nhân/nông dân/nội trợ (n=31)	24	77,4		29,7 (3,7)	
Nhân viên/viên chức/kinh doanh/buôn bán (n=28)	26	92,9		31,0 (4,4)	
Số bệnh đi kèm					
1-2 bệnh (n=40)	28	70,0	0,105	28,9 (4,5)	0,021 ^a
3-5 bệnh (n=109)	47	43,1		27,5 (4,0)	
>5 bệnh (n=48)	14	29,2		26,4 (4,2)	
Từng được GDSK về suy tim					
Có (n=125)	68	54,4	0,010	28,5 (4,1)	<0,001 ^b
Không (n=72)	21	29,2		25,9 (3,9)	
Trình độ học vấn					

Tiểu học (n=58)	9	15,5	0,010	24,9 (3,3)	0,015^a
THCS (n=61)	17	27,9		26,6 (3,0)	
THPT (n=52)	40	76,9		29,6 (3,6)	
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/sau đại học (n=26)	23	88,5		31,3 (5,0)	
Người chăm sóc trực tiếp					
Có (n=178)	78	43,8	0,032	27,6 (4,3)	0,726 ^b
Không (n=19)	11	57,9		27,2 (3,7)	
Kiến thức					
Không đúng (n=108)				25,5 (3,4)	<0,001^b
Đúng (n=89)				30,0 (3,7)	

GDSK: giáo dục sức khỏe DLC: Độ lệch chuẩn

THCS: Trung học cơ sở KTC: Khoảng tin cậy

THPT: Trung học phổ thông

a: Kiểm định hồi quy tuyến tính b:

Kiểm định t-test

c: Kiểm định Anova

* Giá trị p của các yếu tố liên quan đến kiến thức (kiểm định Chi bình phương, hồi quy đa biến)

** Giá trị p của các yếu tố liên quan đến thực hành

Tỉ lệ kiến thức đúng cao hơn ở nhóm người <50 tuổi (95,7% so với 20,2%; $p<0,001$), có trình độ học vấn từ THPT trở lên (82,7% so với 22,6%; $p=0,010$), đã từng được GDSK về suy tim (54,4% so với 29,2%; $p<0,001$).

Thực hành tự chăm sóc tốt hơn ở nhóm người <50 tuổi ($31,1 \pm 5,1$ so với $29,5 \pm 3,4$ và $25,8 \pm 3,4$; $p<0,001$), là nam giới ($28,2 \pm 4,6$ so với $28,6 \pm 3,6$), đang làm trong nhóm ngành lao động trí óc ($31,0 \pm 4,4$ so với $26,4 \pm 3,7$; $p=0,010$), có dưới 3 bệnh đi kèm ($28,9 \pm 4,5$ so với $26,4 \pm 4,2$; $p=0,021$), đã từng được GDSK về suy tim ($28,5 \pm 4,1$ so với

$25,9 \pm 3,9$, $p<0,001$), trình độ học vấn từ THPT trở lên ($31,3 \pm 5,0$ so với $29,6 \pm 3,6$; $26,6 \pm 3,0$; $24,9 \pm 3,3$; $p=0,015$), có kiến thức về tự chăm sóc đúng ($30,0 \pm 3,7$ so với $25,5 \pm 3,4$).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ ngày 02/01/2020 đến ngày 10/09/2020 có tất cả 197 người bệnh tham gia nghiên cứu với phiếu trả lời hợp lệ. Cỡ mẫu này đủ tính đại diện để đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị nội trú tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Nhìn chung tỉ lệ người bệnh suy tim có kiến thức đúng về tự chăm sóc chưa cao (45,2%) (Bảng 1). Báo cáo nhận thức của cộng đồng về suy tim ở châu Âu chỉ ra rằng, tỉ lệ người bệnh có nhận thức đầy đủ về suy tim, triệu chứng, mức độ ảnh hưởng của bệnh đến sức khỏe, chi phí điều trị còn thấp, chỉ ở mức 39% [7]. Điều này là phù hợp vì người bệnh suy tim chủ yếu nằm trong nhóm cao tuổi trên 65 tuổi với nhiều rào cản dẫn đến việc kiến thức tự chăm sóc thấp như TĐHV thấp, chưa được GDSK về suy tim

hay khó khăn trong việc sử dụng các phương tiện truyền thông để tìm hiểu thông tin [8]. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tỉ lệ người bệnh có kiến thức về suy tim còn thấp [3], [4].

Điểm thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim là $27,5 \pm 4,3$ trên thang điểm 45 (Biểu đồ 1). Các nghiên cứu trước đây đều chỉ ra rằng thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim chưa thực sự tốt, với điểm thực hành dao động từ 23,5 – 33,6 [4], [3]. Điểm thực hành thấp là phù hợp bởi phần lớn người tham gia nghiên cứu đều là người cao tuổi >65 tuổi và hơn 3/4 số này có từ 3 bệnh đi kèm trở lên. Kết quả này cùng với những bằng chứng trong y văn cho thấy một nhu cầu cấp thiết trong việc nâng cao hành vi tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn.

Nhóm người cao tuổi, TĐHV thấp có kiến thức và thực hành tự chăm sóc kém hơn nhóm người trẻ tuổi, TĐHV cao (Bảng 2). Theo học thuyết tự chăm sóc Orem thì tuổi tác, học vấn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người già. Ở nhóm người trên 65 tuổi, khả năng tập trung và ghi nhớ có phần giảm sút, vì vậy ảnh hưởng đến khả năng thu nhận kiến thức. Với tỉ lệ kiến thức đúng cao gấp 2 lần và điểm thực hành cao hơn 2,6 điểm so với nhóm không được GDSK ở những lần nhập viện trước thì kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi càng làm nổi bật thêm vai trò quan trọng của GDSK. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác khi đánh giá mối liên quan giữa tuổi, TĐHV, GDSK với kiến thức và thực hành tự chăm sóc [2], [4].

Mối liên quan giữa kiến thức của người bệnh suy tim đến thực hành tự chăm sóc của họ được thể hiện rất rõ ràng qua kết quả nghiên cứu. Những người có kiến thức cao thì thực hành tự chăm sóc cũng tốt hơn. Trong học thuyết tự chăm sóc của Orem, kiến thức được đánh giá là nền tảng cho mọi hoạt động chăm sóc. Tuy nhiên, mối tương quan giữa kiến thức và thực hành tự chăm sóc không thống nhất giữa các nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng kiến thức tốt sẽ là yếu tố quyết định đến thực hành của người bệnh nhưng cũng có một số khác lại không tìm ra mối liên quan này [1], [6]. Các yếu tố như giới, nghề nghiệp, bệnh đi kèm cũng liên quan đến thực hành tự chăm sóc. Mặc dù những mối tương quan này không thống nhất giữa các nghiên cứu nhưng cũng không thể bỏ qua những yếu tố này nếu muốn đạt được hiệu quả cao trong việc nâng cao hành vi tự chăm tại nhà của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người bệnh có kiến thức đúng tương đối thấp với điểm kiến thức về tự chăm sóc trung bình là $15,1 \pm 3,8$ cho thấy thực trạng thiếu hụt kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh suy tim trong phạm vi nghiên cứu. Tỉ lệ kiến thức đúng cao hơn ở nhóm người dưới 50 tuổi, đã từng được GDSK về suy tim, người có TĐHV cao.

Điểm trung bình về thực hành tự chăm sóc là $27,5 \pm 4,3$. Việc thực hành tự chăm sóc tốt hơn ở nhóm người dưới 65 tuổi, là nam giới, người có số bệnh đi kèm dưới 3 bệnh, đang làm việc trong nhóm ngành lao động trí óc, đã từng được GDSK về suy tim ở những

lần nhập viện trước, người có TĐHV cao, kiến thức về tự chăm sóc đúng.

KIẾN NGHỊ

- Đẩy mạnh công tác GDSK cho người bệnh trong lúc nằm viện cũng như lúc xuất viện. Cung cấp những thông tin về sức khỏe thông qua nhiều hình thức khác nhau như cầm nang sức khỏe, câu lạc bộ sức khỏe.

- Việc tổ chức các buổi GDSK cho người bệnh nội trú/ngoại trú là cần thiết và cần phải cung cấp kiến thức một cách toàn diện, dựa vào sự khác biệt về tuổi tác, trình độ học vấn, nghề nghiệp để có phương pháp GDSK phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh Trần Thị Ngọc**, Báo cáo nghiên cứu lâm sàng điều dưỡng tim mạch - Kiến thức và thực hành về tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tại Viện Tim mạch Việt Nam 2016, Hội nghị tim mạch toàn quốc lần thứ 13, Đà Nẵng, 19-21/8-2016
2. **Duy Nguyễn Hữu**, Phân tích thực trạng sử dụng thuốc, kiến thức và hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim tâm thu trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội, 2019, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ.
3. **Huyền Nguyễn Ngọc**, Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim tại BV Đa khoa TW Thái Nguyên, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 2012, số 64, tr.26-33
4. **Thành Nguyễn Công và cộng sự**, Khảo sát hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim tại bệnh viện Tim Mạch An Giang, Bệnh viện Tim Mạch An Giang, 2014, http://benhvientimmachangiang.vn/?tabid=344&ndid=458&key=10_BAI_NGHIEN_CUU_KHOA_HOC_NAM_2014
5. **Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC**, Epidemiology and risk profile of heart failure, Nature Reviews Cardiology, 2011, 8, pp.30-41
6. **Ofra Kalter-Leibovici, Dov Freimark, et al**, Disease management in the treatment of patients with chronic heart failure who have universal access to health care: a randomized controlled trial, PUBMED-BMC Med, 2017, 15, pp.90-106
7. **Remme WJ, McMurray JJV, Rauch B, et al (2005)**, Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE, European Heart Journal, 2005, 26(22), pp.2413-2421
8. **Wenying Zeng, Shaw Yang Chia, Yiong Huak Chan**, Factors impacting heart failure patients' knowledge of heart disease and self-care management, SAGE Journals, 2017, 26(1), pp.26-34

SỰ TƯƠNG QUAN GIỮA CHỈ SỐ LIPID VỚI GLUCOSE VÀ HbA1c TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI ĐƯỜNG VÀ TIỀN ĐÁI ĐƯỜNG

Trần Thúy Kiều, Võ Thị Nhã Ca

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm hiểu về mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa Lipid ở nhóm bệnh nhân có chẩn đoán Đái Tháo đường (ĐTĐ) typ 2 và Tiền đái tháo đường (TĐĐ) nhằm khuyến cáo sàng lọc phát hiện tiền đái tháo đường sớm bằng xét nghiệm Glucose máu và HbA1c ở những bệnh nhân có rối loạn Lipid máu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với ba nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 30-70, tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn gồm 165 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 có đường máu >126 mg/dL; 30 bệnh nhân TĐĐ có Glucose máu $100 < G0 < 100$ mg/dL và 70 bệnh nhân đến khám sức khỏe tổng quát có $G0 < 100$ mg/dL.

Kết quả: Nồng độ trung bình của Glucose đói, HbA1c, Triglycerides, Cholesterol, LDL-C ở các nhóm TĐĐ và ĐTĐ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.01$ và $P < 0.05$) so với nhóm chứng; Tỷ lệ rối loạn Lipid máu của hai nhóm TĐĐ và ĐTĐ cao. Có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa nồng độ Glucose máu lúc đói với Cholesterol, Triglycerides, LDL-C ($P < 0.001$ và $P < 0.01$);

Kết luận: Những người có rối loạn Lipid máu cần kiểm tra thường xuyên Glucose huyết và đặc

biệt HbA1c để phát hiện sớm tiền đái tháo đường và đái tháo đường.

Từ khóa: rối loạn Lipid máu, Glucose máu, phát hiện sớm đái tháo đường.

SUMMARY

THE CORRELATION OF BLOOD BILAN LIPID WITH GLUCOSE AND HbA1c LEVELS IN IFG AND TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Introduction – Objectives: In this research project, we examines the link between dyslipidemia in IFG (Impaired Fasting Glucose) and Type 2 Diabetic patients, which should be physicians' recommendation to diagnose early IFG utilizing blood Glucose and HbA1c tests in patients with dyslipidemia.

Method: Descriptive cross-sectional method was applied with three research groups aged 30 to 70 years at Hoan My Sai Gon hospital, including Type 2 Diabetes group of 165 patients with blood glucose level over 126 mg/dL, IFG group with 30 patients obtaining blood glucose level between 100 and 110 mg/dL and control group with 70 patients who regularly received health check with blood glucose level less than 100 mg/dL.

Results: The mean levels of fasting blood Glucose, HbA1c, Triglycerides, Cholesterol and LDL-C tests in Type 2 Diabetes and IFG groups were statistically significant ($P < 0.01$ and $P < 0.05$) compared to the control group; The rates of dyslipidemia of the two former groups were high. There was a directly proportional relationship between the fasting blood glucose concentration with Total Cholesterol, Triglycerides and LDL-C levels ($P < 0.001$ and P

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thúy Kiều

Email: nga.vo@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

<0.01).

Conclusion: Patients with dyslipidemia need to check blood glucose and HbA1c tests regularly for early detection of pre-diabetes and diabetes.

Keywords: Dyslipidemia, Blood Glucose test, early detection of Diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, vào năm 2015 đã có 3,5 triệu người mắc bệnh, và con số này được dự báo sẽ tăng lên 6,1 triệu vào năm 2040. Theo IDF 2017, 8,2% người trưởng thành tại Việt Nam (độ tuổi 20-79) bị rối loạn dung nạp glucose hay tiền đái đường, 30,2% người trưởng thành có tăng cholesterol máu [6]. Rối loạn chuyển hóa Glucose thường kèm theo rối loạn chuyển hóa Lipid gây các hậu quả bệnh lý tim mạch, nhiễm trùng... ở các đối tượng TĐĐ và ĐTĐ đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu [2, 3, 5]. Nghiên cứu của chúng tôi tìm mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa Lipid ở nhóm bệnh nhân có chẩn đoán TĐĐ và ĐTĐ typ 2 với khuyến cáo sàng lọc các bệnh nhân tiền đái tháo đường ở những bệnh nhân có rối loạn Lipid máu nhằm phòng ngừa và giảm nhẹ biến chứng do bệnh đái tháo đường gây nên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Độ tuổi trung bình của các nhóm nghiên cứu

Nhóm NC	Nam	Nữ	Tuổi trung bình
Nhóm chứng (N= 70)	28	42	53.3 ± 5.6
Nhóm TĐĐ (N= 30)	21	9	56.5 ± 9.6
Nhóm ĐTĐ (N=165)	98	67	58.2 ± 12

Độ tuổi trung bình của ba nhóm tương đương nhau.

Nồng độ trung bình của các chỉ số ở 3 nhóm nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2020).

Lựa chọn tiêu chuẩn đái đường và tiền đái đường theo hiệp hội đái tháo đường Mỹ (ADA – American Diabetes Association)[1] áp dụng cho ngưỡng Glucose huyết đói cho đối tượng TĐĐ là $110 < G0 < 100$ mg/dL. Nhóm đái tháo đường là > 126 mg/dL.

- Nhóm bệnh: Gồm 165 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 từ 30 đến 70 tuổi, có đường máu > 126 mg/dL

- Nhóm Tiền đái đường (TĐĐ): gồm 30 bệnh nhân có Glucose máu $110 < G0 < 100$ mg/dL

- Nhóm chứng: 70 bệnh nhân đến khám sức khỏe tổng quát có $G0 < 100$ mg/dL

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có đối chứng.

Chỉ số nghiên cứu: Nghiên cứu nồng độ Cholesterol, Triglycerides, HDL-C, LDL-C, HbA1C, Glucose của các nhóm bệnh nhân theo tiêu chí lựa chọn đối tượng nghiên cứu trên.

Bảng 2: So sánh nồng độ trung bình của các chỉ số ở cả 3 nhóm nghiên cứu

Nhóm NC	Glucose-máu đói	HbA1C	Cholesterol Total	Triglyceride	HDL-Cholesterol	LDL-Cholesterol
Nhóm chứng (N= 70)	49.2± 5.5	5.0 ± 0.3	185.0 ± 29.5	196± 196.9	53.0 ± 14.4	110.6 ± 33.4
Nhóm TĐĐ (N= 30)	110.6 ± 6.1	5.6 ± 0.4	191.1 ± 52.3	205.3 ±104.7	49.0 ± 11.2	112.4±37.7
Nhóm ĐTĐ (N=165)	199.8±68.4	8.7±1.4	213.7±110.6	308.4±421.2	44.1±10.9	118.6±42.6
P	< 0.01	<0.01	<0.01	< 0.05	<0.05	<0.01

Nồng độ trung bình của Glucose đói, HbA1c, Triglycerides, Cholesterol, LDL-C ở các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.01$ và $P < 0.05$).

Có sự tăng đáng kể các tỉ lệ HbA1c, nồng độ Triglycerides, Cholesterol, LDL-C ở các nhóm TĐĐ và nhóm ĐTĐ type 2 so với nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác[3,4]. Sự tăng Cholesterol, Triglycerides

(do gan tổng hợp từ Glucose) gây tăng tính kháng Insulin của tế bào gan nên sẽ làm rối loạn chuyển hóa Glucose trầm trọng thêm. Do đó để kiểm soát tốt nguy cơ tổn thương thành mạch cần phải tiến hành xét nghiệm đồng thời Bilan lipid sớm ở cả đối tượng TĐĐ lẫn ĐTĐ typ 2. Sự giảm HDL-C ở 2 nhóm ĐTĐ và TĐĐ so với nhóm chứng càng chứng minh nguy cơ xơ vữa động mạch của nhóm bệnh nhân ĐTĐ và TĐĐ càng cao.

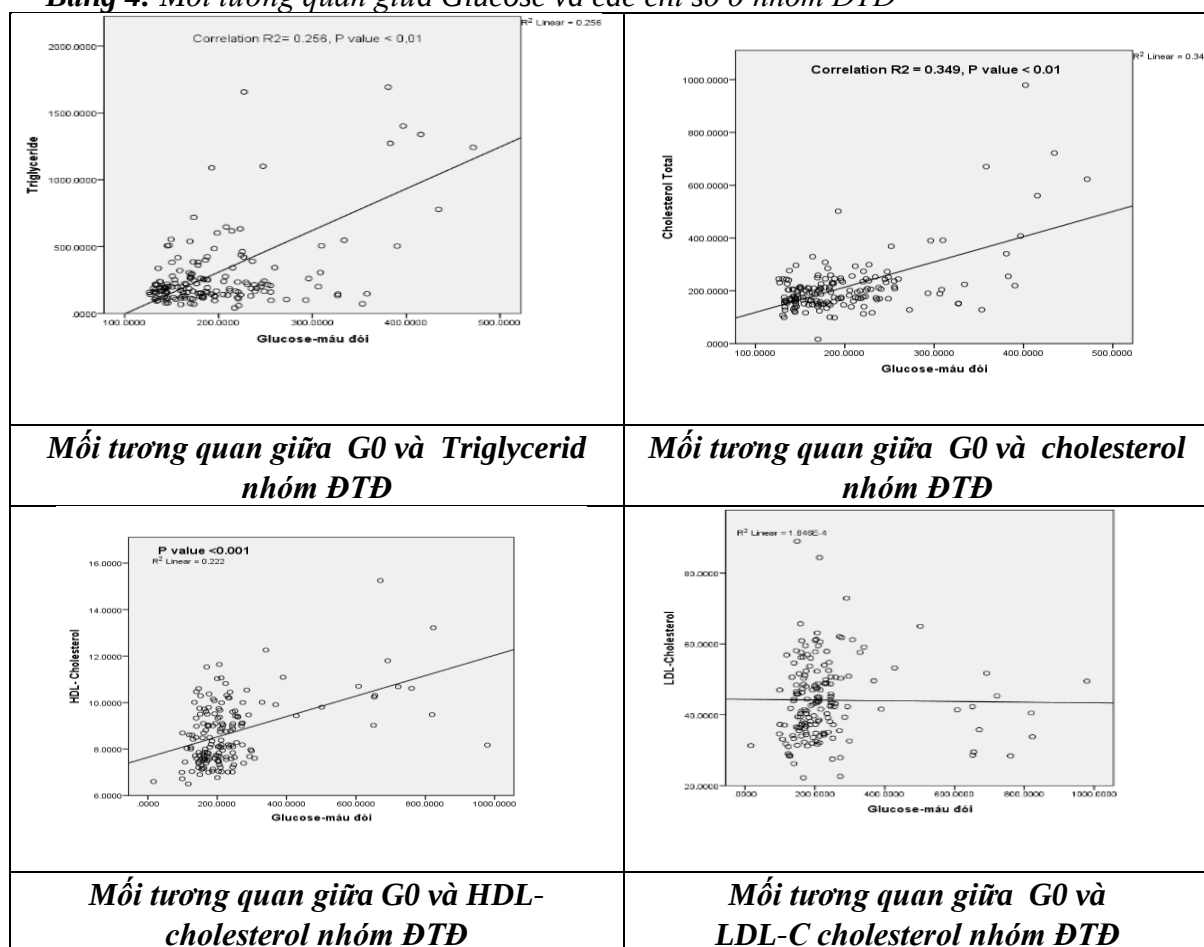
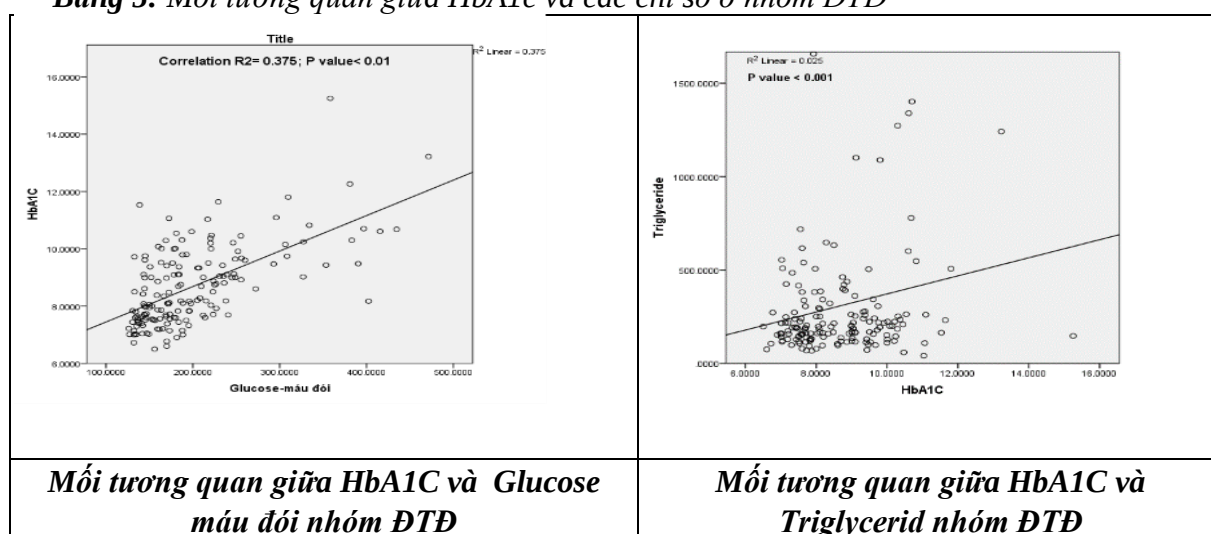
Mối liên quan giữa chỉ số Lipid với các nhóm nghiên cứu

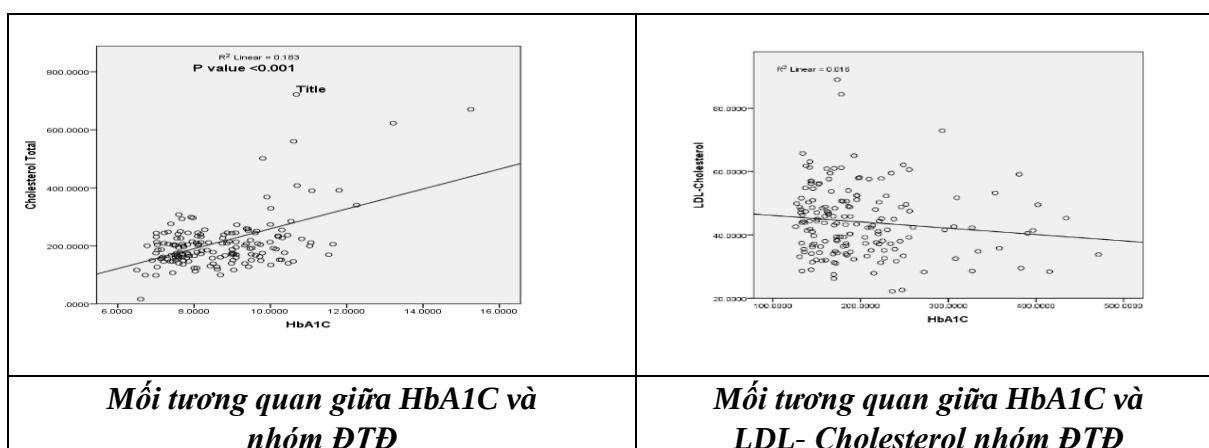
Bảng 3: Tỷ lệ rối loạn Lipid máu ở các nhóm

	Nhóm chứng				Nhóm TĐĐ				Nhóm ĐTĐ			
	Bình thường		Có rối loạn		Bình thường		Có rối loạn		Bình thường		Có rối loạn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholesterol Total	41	59%	29	41%	11	37%	19	63%	65	39%	100	61%
Triglycerid	10	14%	60	86%	19	63%	11	37%	77	47%	88	53%
HDL-C	50	71%	20	29%	0	0%	30	100%	36	22%	129	78%
LDL-C	38	54%	32	46%	23	77%	7	23%	92	56%	73	44%

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn Lipid máu của hai nhóm TĐĐ và ĐTĐ cao hơn so với nhóm chứng. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân lần đầu tiên phát hiện đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương là 65,3%, trong đó 40% tăng cholesterol, 53% tăng Triglyceride, 20% giảm lipoprotein tỷ trọng

cao, 42,9% tăng lipoprotein tỷ trọng thấp. Theo Phạm Thị Hồng Hoa (2010), tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường là 68% [5]. Vì vậy việc tầm soát Glucose và HbA1C ở những bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa Lipid rất cần thiết nhằm tầm soát nguy cơ đái đường tiềm ẩn.

Mối tương quan giữa HbA1c và Glucose và các chỉ số Lipid**Bảng 4: Mối tương quan giữa Glucose và các chỉ số ở nhóm ĐTĐ****Bảng 5: Mối tương quan giữa HbA1c và các chỉ số ở nhóm ĐTĐ**



Chúng tôi ghi nhận có mối liên quan tỷ lệ thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Glucose, HbA1c máu lúc đói với Cholesterol, Triglycerides, LDL-C. Điều này cũng phù hợp với ghi nhận của tác giả Phạm Quang Kính, Nguyễn văn Dũng [3,4].

Mahato Ram Vinod và cs cho thấy HbA1c $\geq 6\%$ thì tỷ lệ có tăng Lipid máu cao hơn so với HbA1c $< 6\%$ [6]. Chúng tôi cũng nhận thấy có sự tăng đường đường giữa HbA1C và nồng độ các Cholesterol, Triglycerid, HDL-C. Rối loạn Lipid được xem như là một yếu tố nguy cơ trong cơ chế bệnh sinh của bệnh xơ vữa động mạch và đây cũng là biến chứng hàng đầu trong đái tháo đường. Theo Sandeep Vijan trên 80% bệnh nhân đái tháo đường có chỉ số bất thường về Lipid máu, chính những bất thường này là yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch [6].

Có sự tương quan tỉ lệ nghịch của HDL-C với Glucose và HbA1c trong nhóm bệnh nhân đái đường, điều này hợp lý, tăng tổng hợp Triglycerides từ gan dẫn đến chuyển đổi lượng lớn lượng lớn các hạt VLDL triglyceride gây ra giảm HDL-C khi Triglycerides tăng > 100 mg/ dL [2].

Mối tương quan giữa Glucose đói, HbA1c với các chỉ số ở nhóm Tiền đái đường

Chúng tôi chỉ ghi nhận mối tương quan tỉ lệ thuận nhưng chưa có ý nghĩa thống kê giữa Glucose máu và HbA1c và triglycerides nhóm TĐĐ. Đồng thời, cũng có sự tăng tỉ lệ thuận giữa cholesterol, triglycerides với G0 và HbA1c.

Nên kiểm tra định kỳ và đánh giá sự biến đổi nồng độ của các yếu tố này sẽ giúp dự phòng biến chứng sớm đặc biệt trong thời kỳ tiền đái tháo đường và càng cần phải kiểm tra thường xuyên để theo dõi sát sao tình trạng xơ vữa động mạch ở bệnh nhân ĐTĐ [6]. Ngoài ra việc kiểm soát tốt G0 và HbA1c cũng góp phần đáng kể vào việc giảm các nguy cơ cho bệnh nhân. Theo ghi nhận mới cứ tăng 1 mmol/l Cholesterol thì nguy cơ nhồi máu não tăng 25% [3]. Theo Phạm Thị Hồng Hoa (2010), tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường là 68% [6].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ trung bình của Glucose đói, HbA1c, Triglycerides, Cholesterol, LDL-C ở

các nhóm TĐĐ và ĐTĐ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.01$ và $P < 0.05$) so với nhóm chứng.

Tỷ lệ rối loạn Lipid máu của hai nhóm TĐĐ và ĐTĐ cao hơn so với nhóm chứng

Có mối liên quan tỷ lệ thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Glucose máu lúc đói với Cholesterol, Triglycerides, LDL-C ($P < 0.001$ và $P < 0.01$);

Mối tương quan tỉ lệ thuận có ý nghĩa thống kê giữa Glucose máu và HbA1c và Glucose máu với Triglyceride nhóm TĐĐ ($P < 0.01$).

KIẾN NGHỊ

Đối với các đối tượng chẩn đoán đái đường và tiền đái đường cần kiểm tra các chỉ số Lipid thường xuyên để giảm thiểu nguy cơ do biến chứng xơ vữa động mạch.

Đối với các đối tượng khám sức khỏe có rối loạn Lipid máu cần kiểm tra thường xuyên Glucose huyết và đặc biệt HbA1c để phát hiện sớm tiền đái tháo đường và đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AA. Motala, Mak Omar, E Gouws (1993). Diabetes, 42: 556 – 563 University of Natal

Durban South Africa

2. Mahato Ram Vinod, Prajwal Gyawali² et al. (2011), “Association between glycaemic control and serum lipid profile in type 2 diabetic patients: Glycated haemoglobin as a dual biomarker”, Biomedical Research, 22 (3), pp.375-380.
3. Nguyễn Văn Dũng (2016), “Tương quan giữa nồng độ HbA1c và Glucose máu trên bệnh nhân đái tháo đường”. Kỷ yếu hội nghị nội tiết- ĐTĐ- rối loạn chuyển hóa MT& Tây Nguyên lần X.
4. Phạm Quang Kính (2015), “Nghiên cứu biến đổi glucose, cholesterol, triglyceride ở người mắc bệnh đái tháo đường typ 2 và tiền đái tháo đường”, Y học Việt nam, tháng 8/2015
5. Phạm thị Hồng Hoa (2010) “Đánh giá hiệu quả kiểm soát Glucose máu làm giảm biến chứng ĐTĐ typ 2 dựa vào Glucose máu và nồng độ HbA1C”, Y học thực hành, tr.190-196.
6. Sandeep Vijan, Mason W Freeman (2020), “Screening for lipid disorders in adults”, Uptoday.
<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lipid-disorders-in-adults>

XÁC ĐỊNH VAI TRÒ CỦA X QUANG CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN TRONG CHẨN ĐOÁN THÙNG DẠ DÀY - RUỘT

Nguyễn Hữu Thiện, Đào Ngọc Khương, Nguyễn Phước Thuyết

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hình ảnh thủng đường tiêu hóa trên X quang cắt lớp điện toán, giá trị của X quang cắt lớp điện toán trong chẩn đoán xác định vị trí và nguyên nhân của thủng dạ dày ruột.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân được phẫu thuật với chẩn đoán thủng dạ dày - ruột tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, và có chụp X quang cắt lớp điện toán tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, từ tháng 01/01/2018 đến 31/12/2019.

Kết quả: Từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019, chúng tôi thu thập được 98 BN có thủng tạng rỗng và đã được chụp XQCLĐT trước khi điều trị bằng can thiệp phẫu thuật. Trong 98 BN có 60 nam (61,2%) và 38 nữ (38,8%), với tỉ lệ nam: nữ là 1,58:1. Tần số xuất hiện ở nam cao hơn ở nữ (61,2% so với 38,8%).

Kết luận: XQCLĐT có giá trị rất chính xác trong chẩn đoán xác định thủng dạ dày ruột, xác định chính xác vị trí và nguyên nhân thủng. Các dấu hiệu XQCLĐT có vai trò quan trọng, trong đó mỗi dấu hiệu đều có giá trị riêng, do đó việc tìm thấy càng nhiều dấu hiệu thì việc chẩn đoán càng chính xác.

Từ khóa: thủng dạ dày ruột, X quang cắt lớp điện toán (XQCLĐT.)

SUMMARY

VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DETECTING PERFORATION OF THE ALIMENTARY TRACT

Aims: Investigation of gastrointestinal perforation imaging characteristics on computed tomography radiographs, values of computed tomography radiographs in diagnosis to determine the location and cause of gastrointestinal perforation.

Methods: 98 patients, who had surgery with a diagnosis of gastrointestinal perforation at Hoan My Saigon Hospital and were scanned on MDCT, were reviewed retrospectively from 01/01/2019 to 31/12/2019, in Hoan My Sai Gon Hospital.

Results: We have collected 98 patients with hollow organ perforation and have had an computer tomography before treatment with surgical intervention. Among 98 patients, there were 60 men (61.2%) and 38 women (38.8%), with the ratio male: female was 1.58: 1. Frequency was higher in men than in women (61.2% versus 38.8%).

Conclusion: multi-detector computer tomography has a very high value in the diagnose detect gastrointestinal perforation, determine the exact location and cause of perforation. The more signs found, the more accurate the diagnosis.

Keyword: perforation of the alimentary tract, multi-detector computer tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng đường tiêu hóa là nguyên nhân phổ biến của đau bụng cấp tính, chiếm 1-3% các

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phước Thuyết

Email: thuyet.nguyen@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

trường hợp đa bụng cấp.

Chụp x quang quy ước là phương thức đầu tiên được lựa chọn ở những bệnh nhân nghi ngờ thủng đường ống tiêu hoá nhưng có giá trị thấp. Độ nhạy trong việc phát hiện khí tự do trên x quang quy ước là 50-70% [1, 7-8].

XQCLĐT là phương thức được thực hiện dễ dàng và rất nhạy trong chẩn đoán thủng đường tiêu hoá. Có thể phát hiện khí tự do trong hoặc ngoài phúc mạc với lượng rất nhỏ [2-3, 8]. Ngoài sự hiện diện của khí tự do, thì vị trí, nguyên nhân thủng, các biến chứng như sự viêm tấy, áp xe, viêm phúc mạc có thể chứng minh trong hầu hết các trường hợp. Trên phim x quang cắt lớp điện toán, dấu hiệu trực tiếp là khí tự do, dấu mất liên tục của thành ruột. Các hình ảnh gián tiếp, bao gồm khí tự do trong ổ bụng, thâm nhiễm và tụ dịch quanh chỗ thủng, áp xe, tụ dịch khu trú, dày thành ruột [1, 3, 4]. Để tăng độ nhạy phát hiện khí tự do, cần mở rộng thành cửa sổ đậm độ mỡ [1, 9]. Vị trí thủng có thể được đánh giá bằng các dấu hiệu mất liên tục thành ruột, vị trí tắc ruột, dày khu trú thành ruột với có hoặc không liên quan viêm tấy, khối viêm, hoặc áp xe xung quanh [3]. Nhìn chung, khí tự do ngoài phúc mạc bắt nguồn từ vùng chậu thường lan ra hai bên, trong khi khí có nguồn gốc từ phía trên vùng chậu có xu hướng một bên và không đi qua đường giữa. Khí tự do vùng phía trước bên phải chỉ ra thủng tá tràng hoặc đại tràng lên, vùng trước trái chỉ ra thủng đại tràng xuống hoặc đại tràng xích ma, khí sau phúc mạc hai bên chỉ ra thủng trực tràng [10]. Viêm ruột thừa cấp thủng: XQCLĐT là một lựa chọn để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tính, với độ nhạy cao 94-98% [5-6]. Thủng túi thừa là biến chứng thường gặp nhất của bệnh túi thừa và cần phải được phẫu thuật. Thủng túi

thừa thường do viêm nhiễm túi thừa trước đó, trong hầu hết trường hợp dịch thủng túi thừa được bao bởi các cấu trúc quanh ruột dẫn đến áp-xe quanh ruột. Thủng ruột non: tỉ lệ thủng ruột non thấp, do nhiều nguyên nhân bao gồm nhồi máu, viêm do vi khuẩn, bệnh Crohn, viêm túi thừa, dị vật, tắc ruột, xoắn ruột, lồng ruột [8, 39]. Do chấn thương bụng, do sử dụng thuốc. Thủng do tai biến phẫu thuật hoặc rò miệng nối [8].

Chẩn đoán chính xác sớm thủng đường tiêu hóa, đồng thời xác định được vị trí và nguyên nhân cải thiện tiên lượng của thủng đường tiêu hóa và tác động lớn đến sự lựa chọn điều trị, bao gồm cả loại phẫu thuật và phương tiện tiếp cận. Vì vậy chúng tôi thực hiện đánh giá Giá trị của x quang cắt lớp điện toán chẩn đoán vị trí và nguyên nhân thủng đường ống tiêu hoá.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả những bệnh nhân được phẫu thuật với chẩn đoán thủng dạ dày - ruột tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, và có chụp X quang cắt lớp điện toán tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, từ tháng 01/01/2018 đến 31/12/2019.

Các đặc điểm thu thập bao gồm: Bệnh nhân được phẫu thuật với chẩn đoán thủng đường tiêu hóa, được chụp XQCLĐT trước phẫu thuật trong vòng 48 giờ, trên 16 tuổi, giới tính, đặc điểm thủng đường tiêu hóa.

Khí tự do: biến nhị phân, nhận giá trị có hoặc không, nhận giá trị dương khi có vài bóng đậm độ thấp nhỏ hơn -200HU ngoài thành ruột. Phân bố khí tự do: biến định tính, khu trú, rải rác hay lan tỏa. Gián đoạn thành ruột: biến nhị phân, có hoặc không không có. Vị trí thủng: được phân theo các vị trí: dạ dày, tá tràng, hồi tràng, đại tràng. Dày thành ruột chỗ thủng: biến nhị phân, nhận giá trị có hoặc không, dày thành ruột được xác

định khi so sánh độ dày thành ruột quanh chỗ thủng với thành ruột lân cận. Phù nề mô mỡ chỗ thủng: biến nhị phân, có hoặc không. Phù nề mô mỡ được định nghĩa là tình trạng tăng đậm độ mô mỡ phúc mạc tại chỗ thủng. Dịch khu trú ngoài thành ruột chỗ ổ thủng: là biến nhị phân, nhận giá trị “+” khi có ổ đậm độ dịch có giới hạn rõ ngoài thành ruột chỗ thủng. Các dữ liệu được xử lý trên phần mềm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics phiên bản 20.0 của công ty IBM. Mức ý nghĩa được sử dụng là 0,05. Các biến định lượng như tuổi, kích thước được thống kê theo trung bình với độ lệch chuẩn, trung bình với khoảng tin cậy 95%. Các biến định tính được tính theo tần số và tỉ lệ. Các biến định lượng được so sánh

giữa 2 nhóm bệnh chứng bằng phép kiểm Mann-Whitney U. Các biến định tính được so sánh giữa 2 nhóm bằng phép kiểm Fisher với ngưỡng giá trị $p=0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 98 trường hợp (TH) có thủng tạng rỗng và đã được chụp XQCLĐT trước khi điều trị bằng can thiệp phẫu thuật, có 9 TH xảy ra thủng dạ dày (9,2%), có 15 TH viêm loét tá tràng (15,3%), có 1 TH viêm túi thừa hồi tràng (1%), có 1 TH lao đại tràng (1%), có 14 TH thủng túi thừa đại tràng (14,3%), có 57 TH viêm ruột thừa thủng (58,2%), có 2 TH K đại tràng thủng (2%). Trong 98 TH có 60 nam (61,2%) và 38 nữ (38,3%), với tỉ lệ 1,58:1.

Bảng 1: Phân bố nguyên nhân thủng trên XQCLĐT.

Nguyên nhân thủng trên XQCLĐT (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thủng dạ dày	9	9,2
Viêm loét hành tá tràng	15	15,3
Viêm túi thừa hồi tràng	1	1,0
Lao đại tràng	1	1,0
Thủng túi thừa đại tràng	14	14,3
Viêm ruột thừa cấp thủng	57	58,2
K đại tràng	1	1

Bảng 2: Phân bố khí tự do

Tăng tín hiệu (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có khí tự do	95	97,0
Không khí tự do	3	3,0
Cộng	98	100

Bảng 3: Phân bố dấu gián đoạn thành ruột

Tăng tín hiệu (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không gián đoạn	29	29,6
Gián đoạn	69	70,4
Cộng	98	100

Bảng 4: Phân bố vị trí thủng

Vị trí thủng (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dạ dày	9	9,2
Ruột non	16	16,3
Đại tràng - ruột thừa	73	74,5

Bảng 5: Phân bố dấu dày thành ruột quanh chỗ thủng

Tăng tín hiệu (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	77	78,6
Không	21	21,4
Cộng	98	100

Bảng 6: Phân bố dấu phù nề mô mỡ quanh chỗ thủng

Tăng tín hiệu (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	77	78,6
Không	21	21,4
Cộng	98	100

Bảng 7: Phân bố dấu phù nề mô mỡ quanh chỗ thủng

Tăng tín hiệu (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	92	93,9
Không	6	6,1
Cộng	98	100

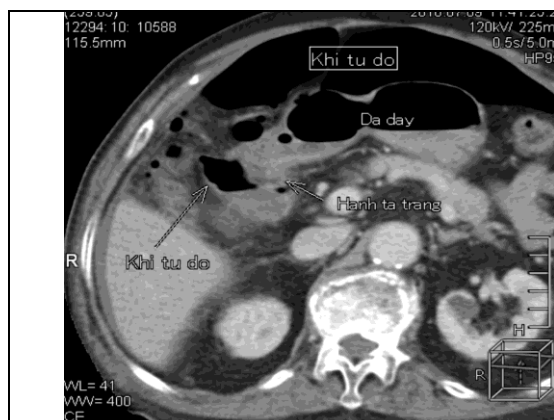
Bảng 8: Phân bố dấu dịch khu trú quanh chỗ thủng

Tăng tín hiệu (n=98)	Phân bố đối tượng nghiên cứu	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	69	70,4
Không	29	29,6
Cộng	68	100

Sau phẫu thuật có 96 TH xác định thủng dạ dày ruột trong đó 9 TH thủng dạ dày, 15 TH thủng ruột non, 72 TH thủng đại tràng. Các đặc điểm xác định thủng là khí tự do, gián đoạn thành ruột, dày thành ruột, phù nề mô mỡ và dịch khu trú quanh chỗ thủng.

Bảng 9: Giá trị của các đặc điểm thủng dạ dày ruột trên XQCLĐT

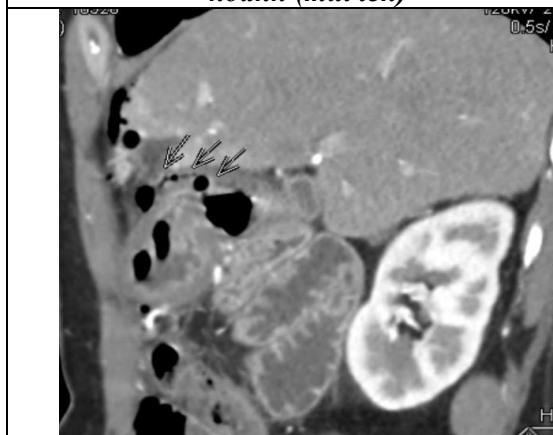
	n=98	Tỷ lệ	Se	Sp	PPV	NPV
Khí tự do	95	96,9	97,9	50	98,9	33,3
Gián đoạn thành ruột	69	70,4	70,8	50	70,4	3,5
Dày thành ruột quanh chỗ thủng	77	78,6	78,1		97,4	
Phù nề mô mỡ quanh chỗ thủng	92	93,9	94,8	50	94,8	16,7
Dịch khu trú quanh chỗ thủng	69	70,4	70,8	50	70,4	3,5



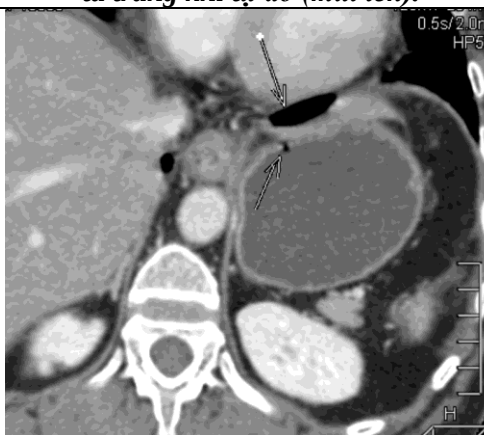
Hình 1: Thủng đại tràng sigma. Hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng đứng dọc khí tự do dưới cơ hoành (mũi tên)



Hình 4: Thủng tiền môn vị. Hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng ngang thủng mặt trước hành tá tràng khí tự do (mũi tên).



Hình 3: Thủng tiền môn vị. Hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng đứng dọc mất liên tục bờ thành dạ dày (mũi tên).



Hình 4: Thủng phình vị. Hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng đứng ngang mất liên tục thành



Hình 5: Thủng bờ cong bé. Hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng đứng ngang cho thấy dày thành khu trú tại chỗ thủng (mũi tên).



Hình 6: Thủng hành tá tràng. Hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng ngang cho thấy dày thành tá tràng ngay vị trí thủng (mũi tên)

IV. BÀN LUẬN

Thủng dạ dày ruột là một cấp cứu ngoài khoa thường gặp, có thể xảy đến với bất kỳ ai, bất cứ lứa tuổi nào. Tuy nhiên phần lớn tập trung vào lứa trung niên và người già.

Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được (bảng 4.1), tuổi nhỏ nhất của đối tượng nghiên cứu là 15 và lớn nhất là 94. Trong đó độ tuổi từ trên 40 chiếm tỷ lệ cao nhất với 72/98 trường hợp chiếm tỷ lệ 73,5%.

Nhiều công trình nghiên cứu về thủng dạ dày ruột ở Việt nam và nước ngoài, các tác giả đều cho biết nam giới thường chiếm số lượng nhiều hơn trong các nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới chiếm nhiều hơn.

Trong chẩn đoán thủng dạ dày ruột trên hình ảnh của XQCLĐT, các dấu hiệu có vai trò quan trọng, trong đó mỗi dấu hiệu đều có giá trị riêng, do đó việc tìm thấy càng nhiều dấu hiệu thì việc chẩn đoán càng chính xác. Tuy nhiên, hình ảnh XQCLĐT cho kết quả còn tùy thuộc vào chất lượng máy, kỹ năng của người đọc. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng kết quả XQCLĐT do các bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh đọc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu khí tự do (96,9%), gián đoạn thành ruột (70,4%), dày thành ruột quanh chỗ thủng (78,6%), phù nề mô mỡ quanh chỗ thủng (93,9%), dịch khu trú quanh chỗ thủng (70,4%) có tần xuất khá cao. Kết quả này tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Tôn Long Hoàng Thân [45]. Khi tính độ nhạy và độ đặc hiệu của các dấu hiệu thủng dạ dày ruột trên XQCLĐT nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá cao đó là độ nhạy của dấu hiệu khí tự do (97,9%), gián đoạn thành ruột (70,8%), dày thành ruột quanh chỗ thủng (78,1%), phù nề mô mỡ quanh chỗ thủng (94,8%), dịch khu trú quanh chỗ thủng

(70,8%). Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Tôn Long Hoàng Thân [11].

Đã có nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới và trong nước về độ chính xác của XQCLĐT trong đánh giá tổn thương thủng tạng rỗng. Các nghiên cứu này đều cho thấy giá trị của XQCLĐT là rất lớn. Nghiên cứu của tác giả Sota Oguro và cộng sự cho thấy XQCLĐT có độ nhạy 95,5%, độ đặc hiệu 94,7% và độ chính xác 95,1% trong phát hiện tổn thương thủng dạ dày ruột [46].

Tuy nhiên, việc chẩn đoán dương tính giả và âm tính vẫn được đưa ra trong các báo cáo của các nghiên cứu này. Trong các dấu hiệu trực tiếp trên hình ảnh XQCLĐT của thủng dạ dày ruột, dấu hiệu khí tự do, dày thành ruột và tạng quang mô mỡ quanh chỗ chỗ thủng là dấu hiệu gặp ở gần hầu hết các đối tượng nghiên cứu. Dấu hiệu mất tính liên tục của thành ruột là dấu hiệu ít thường gặp hơn và rất quan trọng trong chẩn đoán. Mặc dù XQCLĐT cũng có những hạn chế nhất định cho kết quả dương tính giả hay âm tính giả, nhưng ngày nay với những thế hệ máy tiên tiến, cùng với trình độ người đọc ngày càng được nâng cao thì XQCLĐT vẫn là phương pháp chẩn đoán quan trọng, trong phát hiện thủng dạ dày ruột.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy (bảng 4.4.1), chẩn đoán XQCLĐT của thủng dạ dày ruột có tỷ lệ dương tính thật 98% (96/98 trường hợp). Trong nghiên cứu của chúng tôi có trường hợp dương tính giả, trường hợp này không có dấu khí tự do và gián đoạn thành ruột.

Về chẩn đoán vị trí thủng, phân bố như sau (bảng 4.2.4), thủng dạ dày 9/98 trường hợp (9,2%), ruột non 16/98 trường hợp (16,3%), đại tràng-ruột thừa 73/98 trường hợp (74,5%). Đối chiếu kết quả XQCLĐT với kết quả phẫu thuật cho kết quả chính xác

rất cao. XQCLVT có vai trò chẩn đoán vị trí thủng ống tiêu hóa. Dấu hiệu khí ngoài ống tiêu hóa được xem là nhạy và đặc hiệu nhất để chẩn đoán. Tuy nhiên thủng đường tiêu hóa có đặc điểm hình ảnh khác nhau tùy thuộc các nguyên nhân. Do đó, đặc điểm mất liên tục thành ống tiêu hóa có giá trị nhất để chẩn đoán vị trí thủng, với độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương lần lượt là 70,8%; 50% và 98,5%. Tuy nhiên, để tăng giá trị chẩn đoán chính xác lỗ thủng, ta không thể dựa vào đơn thuần một đặc điểm, cần phải kết hợp nhiều đặc điểm lại với nhau.

Về nguyên nhân thủng, phân bố như sau (bảng 4.4.3), thủng do biến chứng thủng viêm ruột thừa cấp là thường gặp nhất với tần suất 57/98 BN (58,2%), tiếp theo là thủng hành tá tràng 15/98 (15,3%), thủng túi thừa đại tràng 14/98 BN (14,3). Đối chiếu kết quả XQCLĐT với kết quả phẫu thuật cho kết quả chính xác rất cao đối với 03 nguyên nhân gây thủng hay gặp trên.

V. KẾT LUẬN

XQCLĐT có giá trị rất chính xác trong chẩn đoán xác định thủng dạ dày ruột, xác định chính xác vị trí và nguyên nhân thủng. Các dấu hiệu XQCLĐT có vai trò quan trọng, trong đó mỗi dấu hiệu đều có giá trị riêng, do đó việc tìm thấy càng nhiều dấu hiệu thì việc chẩn đoán càng chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maniatis V, Chrysikopoulos H, Roussakis A, et al. (2000)** Perforation of the alimentary tract: evaluation with computed tomography. *Abdom Imaging* 25:373–379
2. **Jeffrey RB, Federle MP, Wall S (1983)** Value of computed tomography in detecting occult gastrointestinal perforation. *J Comput Assist Tomogr* 7:825–827
3. **Chen CH, Huang HS, Yang CC, et al. (2001)** The features of perforated peptic ulcers in conventional computed tomography. *Hepatogastroenterology* 48:1393–1396
4. **Lee H, Vibhakkar SD, Bellon EM (1983)** Gastrointestinal perforation: early diagnosis by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 7:226–229
5. **Horror MM, White DS, Horror DO, JC (2003)** Differentiation of perforated from nonperforated appendicitis at CT. *Radiology* 227:46–51
6. **Oliak D, Sinow R, French S, et al. (1999)** Computed tomography scanning for the diagnosis of perforated appendicitis. *Am Surg* 65:959–964
7. **Cho KC, Baker SR, Cho KC, Baker SR** Extraluminal air. Diagnosis and significance. *Radiol Clin North Am* 1994;32:829–844
8. **Ghahremani GG, Ghahremani GG (1993)** Radiologic evaluation of suspected gastrointestinal perforations. *Radiol Clin North Am* 1993;31:1219–1234
9. **Cho KC, Baker SR (1994)** Extraluminal air. Diagnosis and significance. *Radiol Clin North Am* 32:829–844
10. **Meyers MA (2000)** The extraperitoneal spaces: normal and pathologic anatomy. In: Meyers MA, ed. *Dynamic radiology of the abdomen*. New York: Springer-Verlag, pp 333–492
11. **Tôn Long Hoàng Thân và cộng sự**, Đặc điểm hình ảnh XQCLĐT của thủng đường tiêu hoá

TÍNH HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH DƯỚI X-QUANG CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN VỚI CỖ KIM 18 GAUGE

Nguyễn Phước Thuyết*, Lê Nguyễn Thảo Uyên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của sinh thiết phổi xuyên thành dưới hướng dẫn của X quang cắt lớp điện toán (XQCLĐT) với cỡ kim 18 Gauge.

Đối tượng: Chúng tôi tiến hành hồi cứu 157 trường hợp sinh thiết phổi xuyên thành dưới X quang cắt lớp điện toán, được thực hiện trên 153 bệnh nhân: gồm 93 lượt kim 20G và 64 lượt sinh thiết với 18G, tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, từ tháng 03/2017 đến tháng 08/2020.

Kết quả: Tỷ lệ thành công chẩn đoán là 80,6% với kim 20G và 95,3% với kim 18G. Về biến chứng, chúng tôi tỷ lệ tràn khí màng phổi 20,4% với kim 20G và 20,3% với kim 18G. Trong đó, chỉ 1 trường hợp cần dẫn lưu màng phổi ở nhóm 18G. Tỷ lệ biến chứng chảy máu trong phổi và ho ra máu ở nhóm kim 20G là 14% và 3,2% so 12,5% và 1,6% ở nhóm kim 18G. Tất cả các trường hợp ho ra máu đều mức độ nhẹ và tự ngưng trong vòng 24 giờ.

Kết luận: Sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của XQCLĐT với cỡ kim 18G là thủ thuật chẩn đoán hiệu quả và an toàn trong chẩn đoán bệnh phổi.

Từ khóa: Sinh thiết phổi, X quang cắt lớp điện toán (XQCLĐT), kim 18G.

SUMMARY

EVALUATION OF THE

*Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phước Thuyết

Email: phuocthuyet@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF COMPUTED TOMOGRAPHY-GUIDED PERCUTANEOUS TRANSTHORACIC LUNG BIOPSY WITH 18G BIOPSY NEEDLE

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of computed tomography-guided percutaneous lung biopsies with 18G biopsy needle

Material and methods: To review retrospectively 157 computed tomography-guided percutaneous transthoracic lung biopsies on 153 patients, including 93 biopsies with 20 Gauge (G) needle and 65 biopsies with 18G needle, performed in Hoan My Sai Gon hospital, from 03/2017 to 08/2020.

Results: Diagnostic yield rate is 80,6% in 20G needle group and 95,3% in 18G needle group. Pneumothorax occurs 20,4% in 20G needle group and 20,3% in 18G needle group. Among those, there is one case needing plural drainage. The rate of pulmonary hemorrhage and hemoptysis is 14% and 3,2% in 20G needle group versus 12,5 % and 1,6% in 18G needle group. All hemoptysis is mild and disappeared within 24 hours.

Conclusion: Computed tomography-guided percutaneous transthoracic lung biopsy with 18G biopsy needle is a effective and safe in diagnosing the lung lesion.

Keywords: Lung biopsy, computed tomography-guided, 18G needle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết phổi xuyên thành dưới X quang cắt lớp điện toán (XQCLĐT) là một kỹ thuật lấy mẫu, giúp chẩn đoán chính xác bản chất

của các thương tổn phổi ở mức mô học[1]. Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị. Trước đây, chọc hút bằng kim nhỏ được cho là thủ thuật an toàn nhưng kết quả chẩn đoán không cao, chỉ dừng lại mức chẩn đoán tế bào học, bệnh phẩm không đủ chất lượng để phân tích mô bệnh học và dấu ấn sinh học[14]. Vì vậy, trong vòng hơn thập niên gần đây, sinh thiết phổi xuyên thành ngực đã dần thay thế chọc hút bằng kim nhỏ trong chăm sóc và điều trị không những ở bệnh nhân (BN) có sang thương khu trú trong phổi mà còn ở BN có bệnh phổi lan tỏa. Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn đã triển khai thành công kỹ thuật này từ tháng 3 năm 2017. Theo báo cáo “Hiệu quả của kỹ thuật sinh thiết phổi xuyên thành hướng dẫn của XQCLĐT”, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thành công chẩn đoán 81,8%, chỉ ghi nhận 1 trường hợp có biến chứng nặng, tràn khí màng phổi nặng cần dẫn lưu màng phổi[9]. Tất cả các trường hợp này, đều được sinh thiết với kim Bard Mission với cỡ kim 20G. Gần đây, nhiều tác giả đã báo cáo sinh thiết phổi xuyên thành dưới XQCLĐT với kim cỡ 18G cho tỉ lệ thành công cao hơn mà vẫn an toàn[1],[2],[7],[17]. Với mục đích nâng cao tỉ lệ thành công chẩn đoán, từ năm 2018, chúng tôi bắt đầu sử dụng cỡ kim 18G. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá tính hiệu quả và an toàn của sinh thiết phổi xuyên thành dưới XQCLĐT với cỡ kim 18 Gauge.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành hồi cứu 157 lượt sinh thiết phổi xuyên thành dưới XQCLĐT trên 153 BN tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, từ tháng 03/2017 đến tháng 08/2020. Trong đó có 4 BN sinh thiết 2 lần, không có trường hợp sinh thiết lần 3. Tất cả các trường hợp

được thực hiện dưới hướng dẫn máy XQCLĐT Aquilion 64 lát cắt của Toshiba hoặc máy Incisve CT Philips. Chúng tôi sử dụng chế độ quét từng lát 4mmx3 lát cắt với dòng 120kv và 30mAs, vòng xoay đầu đèn là 0.4s. Độ rộng và trung tâm cửa sổ tương ứng là 2700 và 0HU. Tất cả BN được giải thích quy trình thủ thuật và các biến chứng có thể có, lấy ký cam kết. Kháng sinh dự phòng được sử dụng là Cephalosporine thế hệ III, 1 gam trước sinh thiết 30-60 phút. Chúng tôi thực hiện sinh thiết theo kỹ thuật được Tsai mô tả năm 2009 [11]. Thủ thuật được thực hiện với gây tê tại chỗ bằng 5ml Lidocaine 2%. Kim sinh thiết được sử dụng là kim Mission của Bard (USA). Cỡ kim sinh thiết là kim 20G từ tháng 03/2017. Đến tháng 10/2018, chúng tôi chuyển dần sang sử dụng kim 18G. Khi sinh thiết, chúng tôi lấy khoảng 3 đến 4 mẫu ở các vị trí khác nhau. Sau thủ thuật, chụp tối quét toàn bộ nhu mô phổi để đánh giá biến chứng tràn khí màng phổi và chảy máu trong phổi quanh kim. Tràn khí màng phổi được chia thành 3 mức độ: lượng ít khi độ dày lớp khí dưới 1cm, lượng trung bình khi độ dày lớp khí 1-2cm, lượng nhiều khi độ dày lớp khí trên 2cm. Nếu có tràn khí lượng trung bình trở lên và bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng khó thở, chúng tôi tiến hành hút khí bằng kim luồn 18G ngay trên bàn XQCLĐT. Nếu tràn khí màng phổi lượng ít chúng tôi chỉ theo dõi. Sau thủ thuật, tất cả BN được hướng dẫn nằm yên, không nhúc nhích, không ho, không nói chuyện trong 4 giờ. Trong suốt thời gian này, BN được theo dõi liên tục mạch và SpO2 qua monitor. Sau 4 giờ, BN được chụp X quang phổi tại giường ở tư thế nửa ngồi nửa nằm. Nếu phim X quang phổi không có tràn khí màng phổi lượng trung bình trở lên, chúng tôi cho BN trở về sinh

hoạt bình thường. Nếu có tràn khí màng phổi lượng trung bình, chúng tôi lưu BN lại theo dõi và hội chẩn với bác sỹ ngoại lồng ngực để quyết định đặt dẫn lưu màng phổi.

Chúng tôi thu thập dữ liệu tuổi và giới, đặc điểm sang thương, các biến chứng và kết quả giải phẫu bệnh. Đường kính u được đo trên mặt phẳng cắt ngang tại điểm có đường kính lớn nhất. Độ sâu sang thương là khoảng cách từ màng phổi tạng đến bờ ngoài sang thương trên đường kim xuyên trong nhu mô phổi. Với sang thương phổi lan tỏa, chúng tôi không đo kích thước và độ sâu. Về các biến chứng tràn khí màng phổi, chúng tôi chia 3 mức độ tràn khí: lượng ít, lượng trung bình và lượng nhiều. Biến chứng ho ra máu và chảy máu trong phổi là những biến định tính. Vùng chảy máu trong phổi là những vùng có đậm độ kính mờ trên phim XQCLĐT mới xuất hiện trên đường kim sinh thiết xuyên qua, trong hoặc sau sinh thiết.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của BN là $64,4 \pm 14,5$ trẻ nhất là 19 và lớn tuổi nhất là 95, gồm 102 nam chiếm 65% và 55 nữ chiếm tỉ lệ 35%. Cỡ kim sử dụng lần lượt là 93 (59,2%) BN với kim 20G và 64 (40,8%) với kim 18G BN. Trong 157 BN này, có 153 trường hợp được chỉ định sinh thiết vì nốt phổi hay khối chónan chỗ và 4 trường hợp vì bệnh phổi mô kẽ.

Với những BN có sang thương khu trú, đường kính các sang thương trung bình là $37\text{mm} \pm 18,9\text{mm}$, thay đổi từ 8mm đến 110mm. Trong đó này, 27 sang thương (17,2%) có đường kính từ 20mm trở xuống. Độ sâu của sang thương là $12,9 \pm 15,3\text{mm}$, với sang thương nằm sâu nhất là 57mm, ngay cạnh rốn phổi. Đặc điểm chi tiết của các sang thương được trình bày trong bảng 2.

Với những BN có sang thương khu trú, đường kính các sang thương trung bình là $37\text{mm} \pm 18,9\text{mm}$, thay đổi từ 8mm đến 110mm. Trong đó này, 27 sang thương (17,2%) có đường kính từ 20mm trở xuống. Độ sâu của sang thương là $12,9 \pm 15,3\text{mm}$, với sang thương nằm sâu nhất là 57mm, ngay cạnh rốn phổi. Đặc điểm của các sang thương được trình bày trong bảng 2.

Chi tiết kết quả giải phẫu bệnh ở 2 nhóm được trình bày trong bảng 3. Chúng tôi nhận thấy có 144 trường hợp (86,8%) có chẩn đoán chuyên biệt và 21 trường hợp (13,4%), kết quả mô phổi lành tính không có chẩn đoán chuyên biệt. Như vậy, tỉ lệ thành công chẩn đoán là 86,8%. Tỉ lệ thành công chẩn đoán ở 2 nhóm sử dụng kim 20G và 18G tương ứng là 80,6% và 95,3%. Như vậy, tỉ lệ thành công chẩn đoán với kim 18G cao hơn nhóm kim 20G, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Về biến chứng tràn khí màng phổi, chúng tôi ghi nhận có 32 trường hợp (20,4%) có tràn khí màng phổi được chụp trong và ngay sau sinh thiết. Trong đó có 4 trường hợp tràn khí màng phổi lượng trung bình được hút khí thành công và 1 trường hợp tràn khí màng phổi lượng nhiều phải dẫn lưu màng phổi. Trong nhóm sử dụng kim 20G, chúng tôi ghi nhận 19 trường hợp tràn khí màng phổi chiếm tỉ lệ 20,4% so với 13 trường hợp (20,3%) trong nhóm sử dụng kim 18G. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,98$. Trường hợp tràn khí màng lượng nhiều và kéo dài xảy ở nhóm sử dụng kim sinh thiết 20G. Trong 4 trường hợp tràn khí màng phổi trung bình, được hút khí thành công ngay sau sinh thiết, có 3 trường hợp trong nhóm sử dụng kim 20G và 1 trường hợp sử dụng kim 18G. Nhưng vậy, chúng tôi

không có trường hợp nào phải dẫn lưu màng phổi khi sinh thiết với kim 18G và tỉ lệ dẫn lưu màng phổi tính chung cả 2 nhóm là 0,6% (bảng 4). Về biến chứng chảy máu sau sinh thiết, chúng tôi ghi nhận 13 trường hợp (14%) trong nhóm kim 20G và 8 trường hợp (12,5%) trong nhóm kim 18G có chảy máu trong phổi ngay sau sinh thiết. Về triệu chứng ho ra máu, nhóm kim 20G có 4 BN có triệu chứng khạc máu lượng ít và cầm máu

trong vòng 24 giờ điều trị nội khoa. Trong nhóm kim 18G, chỉ 1 BN ho ra máu khoảng 50ml ngay sau sinh thiết và ngưng sau 30 phút. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp ho ra máu lượng nhiều và kéo dài trên 24 giờ. Tỉ lệ biến chứng chảy máu trên XQCLĐT và ho khạc ra máu giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,79$ và $0,5$.

Bảng 1: Mô tả các đặc điểm của BN và sang thương

Đặc điểm	Nhóm kim 20G	Nhóm kim 18G	Toàn bộ mẫu
Số lượng BN	93 (59,2%)	64 (40,8%)	157 (100%)
Tuổi			
Dưới 60	21 (22,6%)	25 (39,1%)	46 (29,3%)
Từ 61 đến 80	59 (63,4%)	35 (54,7%)	94 (59,9%)
Trên 81	13 (14%)	4 (6,2%)	17 (10,8%)
Giới			
Nam	61 (65,6%)	41 (64,1%)	102 (65%)
Nữ	32 (34,4%)	23 (35,9%)	55 (35%)
Kích thước sang thương			
$\leq 20\text{mm}$	16 (17,6%)	11 (17,2%)	27 (17,5%)
21mm-40mm	41 (46,2%)	38 (60,9%)	79 (50,3%)
$\geq 41\text{mm}$	33 (30,3%)	14 (21,9%)	47 (29,9%)
Lan tỏa	3 (3,2%)	1 (1,6%)	4 (2,5%)
Độ sâu sang thương			
$\leq 10\text{mm}$	53 (57,0%)	38 (59,4%)	91 (58,0%)
Trên 10mm	37 (39,8%)	25 (39,1%)	62 (39,5%)
Lan tỏa	3 (3,2%)	1 (1,6%)	4 (2,5%)
Vị trí sang thương			
Thùy trên phải	24 (25,8%)	11 (17,2%)	35 (22,3%)
Thùy trên trái	31 (33,3%)	21 (37,5%)	55 (35%)
Thùy giữa phải	6 (6,5%)	1 (1,6%)	7 (4,5%)
Thùy dưới phải	14 (16,1%)	11 (17,2%)	25 (15,9%)
Thùy dưới trái	15 (16,1%)	16 (25%)	31 (19,7%)
Lan tỏa	3 (3,2%)	1 (1,6%)	4 (2,5%)

Bảng 2: Bảng mô tả đặc điểm sang thương.

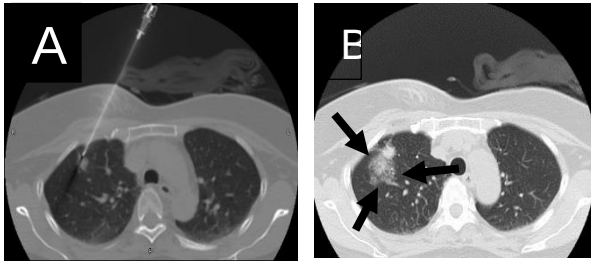
Đặc điểm	Nhóm kim 20G	Nhóm kim 18G	P
Tuổi	66,4±1,4	61,3±1,9	<0.001
Đường kính u (mm)	38,8±2,1	34,9±2,1	<0.001
Độ sâu của u (mm)	14,81±1,7	10,8±1,6	<0.001

Bảng 3: Bảng mô tả kết quả giải phẫu bệnh.

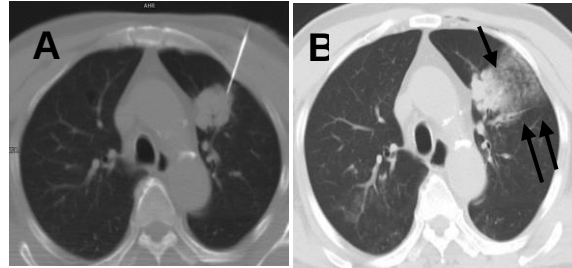
Kết quả GPB	Nhóm kim 20G	Nhóm kim 18G	Toàn bộ mẫu
Ung thư phổi	46(49,5%)	48 (7,5%)	94 (59,9%)
Tăng sản tuyến không điển hình	12 (12,9%)	2 (3,1%)	14(8,9%)
Viêm lao phổi	9 (9,7%)	4 (6,2%)	13 9,3%)
Viêm phổi	5 (5,9%)	6 (5,4%)	11 (7%)
Viêm phổi mô kẽ	3 (3,2%)	1 (1,6%)	4 (2,5%)
Mô phổi lành tính	18(19,4)	3 (4,7%)	21(13,4)
Tổng cộng.	93(100%)	64 (100%)	157(100%)

Bảng 4: Mô tả các biến chứng sau sinh thiết.

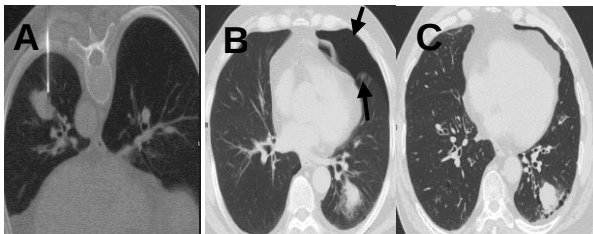
Biến chứng	Nhóm kim 20G	Nhóm kim 18G	Toàn bộ mẫu	P
TKMP				
Có	19(20,4%)	13(20,3%)	32(20,4%)	P=0,98
Không	74 79,6%)	51(79,7%)	125(79,6%)	
Tổng cộng	93 (100%)	64 (100%)	157(100%)	
Mức độ TKMP				
Lượng ít	15(16,1%)	12(18,8%)	27(17,2%)	P=0,69P
Trung bình	3 (3,2%)	1 (1,6%)	4 (2,5%)	
TKMP cần dẫn lưu	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (0,6%)	
Chảy máu trong nhu mô phổi trên XQCLĐT				
Có	13(14,0%)	8 (12,5%)	21 (13,4%)	P=0.79
Không	80 86,0%)	56 87,5%)	136 86,6%)	
Tổng cộng	93 (100%)	64 (100%)	157 (100%)	
Ho ra máu				
Có	3 (3,2%)	1 (1,6%)	4 (2,5%)	P=0.52
Không	90 (96,8)	63 98,4%)	153 97,5%)	
Tổng cộng	93 (100%)	64 (100%)	157 (100%)	



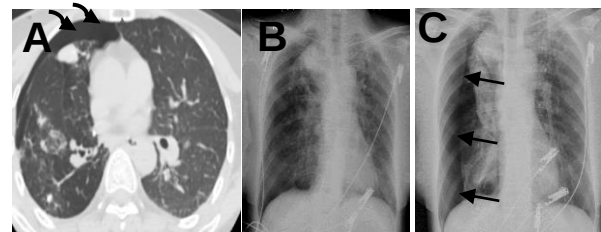
Hình 1: Bn nữ 59 tuổi có nốt phổi đường kính 8mm tại đỉnh phổi phải, được sinh thiết (hình A). Sau sinh thiết, ghi nhận có vùng kính mờ quanh nốt phổi do chảy máu trong nhu mô phổi (mũi tên trong hình B). Bn không có triệu chứng ho ra máu. Kết quả giải phẫu là ung thư biểu mô tuyến dạng lát vách (lepidic adenocarcinoma).



Hình 2: Chảy máu trong nhu mô phổi sau sinh thiết. Bn nam 63 tuổi có nốt phổi đường kính 28mm tại thùy trên phổi trái, được sinh thiết xuyên thành (Hình A). Trong sinh thiết bn ho ra máu khoảng 50ml và tự cầm sau 30 phút. Phim chụp sau sinh thiết có vùng kính mờ lan rộng quanh nốt phổi, tương ứng với vùng chảy máu trong nhu mô phổi (Hình B). Kết quả giải phẫu là ung thư biểu mô tuyến grade 2.



Hình 3: Tràn khí màng phổi lượng trung bình sau sinh thiết. Bn nam 67 tuổi có nốt phổi đường kính 23mm tại thùy dưới phổi trái, được sinh thiết xuyên thành (Hình A). Phim chụp sau sinh thiết ghi nhận tràn khí màng phổi lượng trung bình (mũi tên ở Hình B). Bn được hút hết khí ngay trong phòng XQCLĐT (Hình C).



Hình 4: Hình CT (A) chụp kiểm tra ngay sau sinh thiết cho thấy tràn khí màng phổi lượng trung bình (mũi tên cong). Phim X quang ngực chụp sau 4 giờ (B) cho thấy lượng khí không thay đổi. Phim X quang chụp sau sinh thiết 24 giờ (C) cho thấy lượng khí tăng lên (mũi tên thẳng). Bn được đặt dẫn lưu màng phổi và được rút dẫn lưu sau 48 giờ. Kết quả sinh thiết là lao phổi.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ thành công chẩn đoán với kim sinh thiết 18G cao hơn so với kim sinh thiết 20G mà không làm tăng tỉ lệ biến chứng. Tỉ lệ thành công chẩn đoán của chúng tôi là 95,3% trong nhóm sử dụng kim 18G so với 80,6% trong nhóm sử dụng kim 20G. Trước đây, Fliorentine (2015) và Giumaraes (2014) cũng đã báo cáo tỉ lệ thành công chẩn đoán trong sinh thiết xuyên thành với kim 20G là 88% và 87,7%[3],[4]. Sahin (2019) và Huang (2019) đã báo cáo tỉ

lệ thành công chẩn đoán trong sinh thiết xuyên thành với kim 18G lần lượt là 91% và 93,9%[7],[10]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác là sinh thiết với kim 18G có tỉ lệ thành công chẩn đoán cao hơn so với sinh thiết với kim 20G. Xu (2018) đã báo cáo tỉ lệ thành công chẩn đoán đạt rất cao, đến 96,8% với cỡ kim sử dụng là 18G và 20G phụ thuộc vào kích thước u[15]. Theo các tác giả, tỉ lệ thành công chẩn đoán thường cao ở nhóm sang thương ác tính và thấp ở nhóm sang

thương lành tính và cao hơn ở các u lớn [5],[7].

Về biến chứng tràn khí màng phổi, chúng tôi ghi tỉ lệ 20,3% trong đó nhóm sử dụng kim 20G và 20,3 trong nhóm sử dụng kim 18G, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p=0.98$. Trong đó chỉ có một trường hợp tràn khí lượng nhiều cần đặt dẫn lưu màng phổi ở nhóm kim 20G. Do vậy, chúng tôi có thể kết luận rằng sử dụng kim sinh thiết 18G không làm gia tăng biến chứng tràn khí màng phổi. Kết luận này cũng phù hợp với báo cáo của Cheung (2010) với tỉ lệ tràn khí màng phổi khi sử dụng kim 20G và 18G lần lượt là 13,3% và 12,8%[2]. Tỉ lệ tràn khí màng phổi và dẫn lưu màng phổi được báo cáo thay đổi tương ứng trong khoảng 12-45% và 2-15%[6]. Các yếu tố nguy cơ với tràn khí màng phổi đã được nhiều tác giả quy kết là: kích thước sang thương & vị trí sang thương, khí phế thũng hoặc kén khí có sẵn và kỹ thuật sinh thiết, xuyên kim không thẳng góc với màng phổi, tư thế BN không thoải mái[7],[8]. Yeow (2004) đã báo cáo sang thương có đường kính dưới 2cm và độ sâu dưới 2cm là yếu tố dự báo tràn khí màng phổi[16]. Trong những năm đây, có vài đồng thuận về các biện pháp ngăn ngừa dự phòng tràn khí màng phổi bao gồm: sử dụng kim đồng trục, tránh xuyên kim qua rãnh liên thùy và các kén khí[7], [17]. Xu (2018) đã báo cáo tỉ lệ biến chứng tràn khí màng phổi chỉ 16,1% và không có trường hợp nào phải dẫn lưu màng phổi trên 248 BN có nốt phổi nhỏ có đường kính dưới 2cm[15]. Tương tự, Wang (2018) cũng đã báo cáo 2 tỉ lệ này rất thấp, chỉ lần lượt là 8,6% và 2,83%[12]. Tỉ lệ tràn khí màng phổi và dẫn lưu màng phổi trong các nghiên cứu gần đây đã giảm đáng kể, có lẽ nhờ sự tích lũy kiến thức và kinh nghiệm về các yếu tố nguy cơ gây tràn khí

màng phổi. Một biến chứng khác trong sinh thiết phổi xuyên thành là chảy máu trong nhu mô phổi tại đường kim và ho ra máu. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng là 14% & 3,2% ở nhóm kim 18G và 12,5% & 1,6% ở nhóm kim 20G sự khác biệt không có ý nghĩa. Cheung (2010) cũng đã báo cáo tỉ lệ ho ra máu là 6,6% ở nhóm kim 20G và 6,3% ở nhóm kim 18G[2], sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu gộp của Heerink (2017), tỉ lệ của các biến chứng chảy máu trong nhu mô phổi và ho ra máu lần lượt là trong các khoảng 13,4%-23,8% và 2,8%-6,1%[6]. Tuy nhiên, các báo cáo gần đây cho thấy có sự cải thiện đáng kể với biến chứng chảy máu do sinh thiết. Xu (2020) đã báo cáo tỉ lệ chảy máu trong phổi và ho ra máu tương ứng là 6,8% và 2,0%[15]. Các tác giả cũng đưa ra các yếu tố dự báo quan trọng của biến chứng ho ra máu sau sinh thiết phổi là độ sâu của sang thương, kích thước sang thương. Sang thương càng nhỏ càng dễ bị chảy máu[1]. Sang thương nằm càng sâu, tỉ lệ biến chứng ho ra máu càng tăng[1], [13]. Bingham cũng đã chứng minh việc sinh thiết phổi xuyên thành ở BN đang sử dụng Aspirin không làm gia tăng tỉ lệ chảy máu và ho ra sau do sinh thiết[1]. Hạn chế của nghiên cứu là việc phân nhóm không được ngẫu nhiên. Kim 20G được sử dụng chủ yếu ở giai đoạn đầu triển khai, khi mà kinh nghiệm và kỹ năng còn giới hạn, có thể có biến chứng cao hơn. Kết luận: Sinh thiết phổi xuyên thành dưới hướng dẫn XQCLĐT với kim 18G giúp tăng tỉ lệ thành công chẩn đoán mà không làm tăng các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bingham B. A. et al. (2020), "Pulmonary Hemorrhage Following Percutaneous

- Computed Tomography-Guided Lung Biopsy: Retrospective Review of Risk Factors, Including Aspirin Usage", *Curr Probl Diagn Radiol.* 49(1), 12-16.
2. **Cheung Y. C. et al. (2010)**, "Adequacy and complications of computed tomography-guided core needle biopsy on non-small cell lung cancers for epidermal growth factor receptor mutations demonstration: 18-gauge or 20-gauge biopsy needle", *Lung Cancer.* 67(2), 166-9.
3. **Florentine B. D. et al. (2015)**, "Accuracy and Adequacy of Computed Tomography-Guided Lung Biopsies: Experience From a Community Hospital", *J Am Osteopath Assoc.* 115(10), 592-603.
4. **Guimarães M. D. et al. (2014)**, "CT-guided biopsy of lung lesions: defining the best needle option for a specific diagnosis", *Clinics (Sao Paulo).* 69(5), 335-40.
5. **Gupta Ayush et al. (2018)**, "Comparison of diagnostic yield and safety profile of radial endobronchial ultrasound-guided bronchoscopic lung biopsy with computed tomography-guided percutaneous needle biopsy in evaluation of peripheral pulmonary lesions: A randomized controlled trial", *Lung India : Official Organ of Indian Chest Society.* 35(1), 9-15.
6. **Heerink W. J. et al. (2017)**, "Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: meta-analysis", *Eur Radiol.* 27(1), 138-148.
7. **Huang Ming-De et al. (2019)**, "Accuracy and complications of CT-guided pulmonary core biopsy in small nodules: a single-center experience", *Cancer Imaging.* 19(1), 51.
8. **Kuriyama T. et al. (2018)**, "Computed tomography-guided lung biopsy: Association between biopsy needle angle and pneumothorax development", *Mol Clin Oncol.* 8(2), 336-341.
9. **Nguyễn Phước Thuyết, Nguyễn Văn Hải (2019)**, "Hiệu quả của kỹ thuật sinh thiết phổi xuyên thành dưới X quang cắt lớp điện toán", *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 23(1), 92-97.
10. **Şahin C. et al. (2020)**, "Computed Tomography-guided Transthoracic Core Needle Biopsy of Lung Masses: Technique, Complications and Diagnostic Yield Rate", *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 54(1), 47-51.
11. **Tsai I. Chen et al. (2009)**, "CT-Guided Core Biopsy of Lung Lesions: A Primer", *American Journal of Roentgenology.* 193(5), 1228-1235.
12. **Wang Ye et al. (2016)**, "CT-guided percutaneous transthoracic needle biopsy for paramediastinal and nonparamediastinal lung lesions: Diagnostic yield and complications in 1484 patients", *Medicine.* 95(31), e4460.
13. **Wei Yue-Hua et al. (2015)**, "Extrapleural locating method in computed tomography-guided needle biopsies of 1,106 lung lesions", *Experimental and Therapeutic Medicine.* 10(5), 1707-1719.
14. **Wiener R. et al. (2011)**, "Population-based risk for complications after transthoracic needle lung biopsy of a pulmonary nodule: An analysis of discharge records", *Annals of Internal Medicine.* 155(3), 137-144.
15. **Xu C. et al. (2018)**, "Computed tomography-guided percutaneous transthoracic needle biopsy for solitary pulmonary nodules in diameter less than 20 mm", *Medicine (Baltimore).* 97(14), e0154.
16. **Yeow Kee-Min et al. (2004)**, "Risk Factors of Pneumothorax and Bleeding", *CHEST.* 126(3), 748-754.
17. **Zhao Y. et al. (2017)**, "Logistic regression analysis and a risk prediction model of pneumothorax after CT-guided needle biopsy", *J Thorac Dis.* 9(11), 4750-4757.

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU NỘI SOI CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Cao Hùng Phong*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ban đầu tính khả thi, an toàn và hiệu quả của kỹ thuật ESD tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Phương pháp: Báo cáo hồi cứu tất cả các trường hợp ESD tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn trong khoảng thời gian từ 01/2019 đến 07/2020. Tất cả đều được đánh giá về vị trí tổn thương, tỉ lệ cắt trọn khối tổn thương, thời gian thủ thuật, biến chứng thủ thuật

Kết quả: Từ 01/2019 đến 07/2020 có tất cả 11 trường hợp ESD được thực hiện. Trong đó có 02 trường hợp ở dạ dày, 09 trường hợp ở đại trực tràng. Có 2/2 (100%) trường hợp cắt được trọn khối ở dạ dày, ở đại trực tràng là 7/9 (77,8%). Tỉ lệ R0 ở dạ dày là 2/2 (100%), ở đại trực tràng là 6/9 (66,7%) . Thời gian thực hiện trung bình ở dạ dày là 72,5 phút, ở đại trực tràng là 70,7 phút. Chảy máu mức độ nhẹ kiểm soát ngay trong lúc thủ thuật 1 trường hợp (9,1%). Không ghi nhận chảy máu muộn sau ESD. Có 01 trường hợp thủng phát hiện và xử lý ngay trong lúc làm ESD

Kết luận: ESD đã cho thấy là một phương pháp điều trị an toàn và khả thi, đạt được R0 cao, nhất là ở dạ dày, tỷ lệ tái phát và biến chứng thấp. Kết quả cũng cho thấy những khó khăn khi thực hiện ESD ở đại trực tràng, đòi hỏi nhiều kinh nghiệm của bác sĩ nội soi cũng như về tiêu chuẩn chọn bệnh.

Từ khóa: Nội soi cắt tách dưới niêm, Nội soi tiêu hóa, Tổn thương ống tiêu hóa, Tổn thương tiền ung thư

SUMMARY

TO EVALUATE THE FEASIBILITY, SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ESD TECHNIQUE IN HOAN MY SAI GON HOSPITAL

Objectives: To evaluate the feasibility, safety and effectiveness of ESD technique in Hoan My Sai Gon Hospital.

Methods: Report all ESD cases in Hoan My Saigon Hospital from January 2019 to July 2020. The location, en bloc and pathological complete resection (R0) rates, procedure time, complications were retrospectively evaluated.

Results: From January 2019 to July 2020, 11 GI lesions were treated by ESD, include 2 in gastric, 9 in colorectal. En bloc resection for gastric lesions was 2/3 (100%), colorectal lesions was 7/9 (77,9%). R0 was 2/2 (100%) in gastric, 6/9 (66,7%) in colorectal. Mean resection time was 72,5 min for gastric lesions, 70,7 min for colorectal lesions. Complications included immediate minor bleeding was 1/11 (9,1%). There was 01 case of perforation, detected and treated immediately during ESD.

Conclusion: ESD has shown to be a safe and feasible resection method, achieving high R0, low complication rates. The results has shown the difficulty of ESD technique in the colorectal, requires more experience of endoscopist as well as indication.

Key words: Dissection, Gastrointestinal Endoscopy, Gastrointestinal lesion, Precancerous lesion

*Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Cao Hùng Phong

Email: caohungphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi cắt tách dưới niêm mạc - Endoscopic Submucosal Dessection (ESD) lần đầu tiên được mô tả bởi Hirao và cs trong những năm 80 và được áp dụng đầu tiên để điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Theo thời gian, ESD đã áp dụng mở rộng cho thực quản và đại trực tràng.

ESD là kỹ thuật nội soi điều trị xâm lấn tối thiểu, cho phép cắt bỏ nguyên khối các tổn thương tiền ung thư và ung thư giai đoạn sớm của đường tiêu hóa, không hạn chế bởi kích thước, tránh được nhiều biến cố của phẫu thuật. So với cắt bỏ niêm mạc qua nội soi (EMR), ESD góp phần phân tích mô học tốt hơn, tỷ lệ tái phát cục bộ thấp hơn và nhiều ứng dụng hơn [1], [2].

ESD đã được ứng dụng rộng rãi với kết quả rất khả quan tại Nhật Bản. Kỹ thuật này cũng dần được áp dụng ở các nước khác trên toàn thế giới. [3], [4], [5]. Tại Việt Nam,

ESD cũng dần được áp dụng tại những bệnh viện lớn trong những năm gần đây

Báo cáo này nhằm mục đích đánh giá tính khả thi, độ an toàn và hiệu quả của kỹ thuật ESD tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

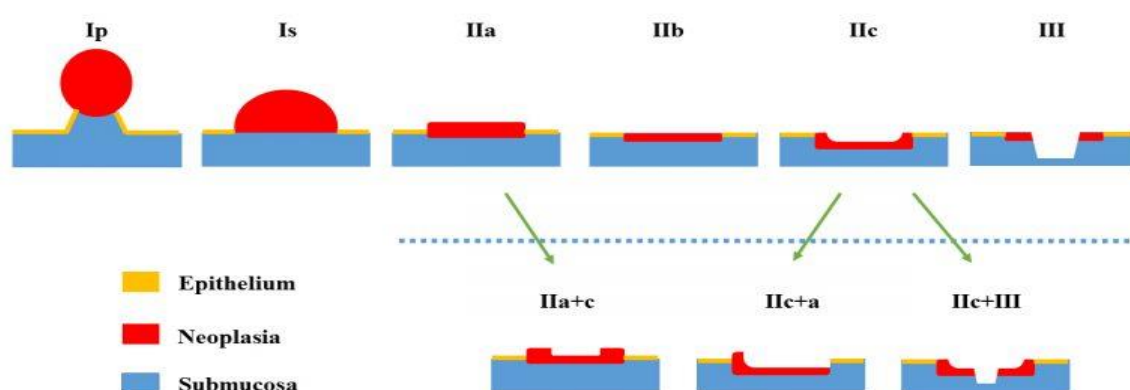
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Đánh giá hồi cứu tất cả các trường hợp thực hiện ESD tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ 01/2019 đến 07/2020. Tất cả đều được đánh giá về vị trí tổn thương, tỉ lệ cắt trọn khối tổn thương, thời gian thủ thuật, biến chứng thủ thuật.

2.2. Đánh giá tổn thương và chuẩn bị bệnh nhân:

Trước khi làm thủ thuật, tiến hành nội soi cẩn thận cho tất cả các tổn thương. Hình thái học nội soi được thực hiện theo phân loại Paris (hình 1), đánh giá sự xâm lấn của tổn thương theo phân loại NICE (hình 2,3). Trong một số trường hợp MSCT được xem xét để đánh giá sự xâm lấn của tổn thương

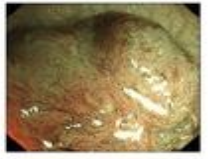


Hình 1: Bảng phân loại Paris

Bảng phân loại NICE (NBI International Colorectal Endoscopic (NICE) classification)

	Type 1	Type 2	Type 3
Color	Same or lighter than background	Browner relative to background (verify color arises from vessels)	Brown to dark brown relative to background; sometimes patchy whiter areas
Vessels	None, or isolated lacy vessels may be present coursing across the lesion	Brown vessels surrounding white structures**	Has area(s) of disrupted or missing vessels
Surface pattern	Dark or white spots of uniform size, or homogeneous absence of pattern	Oval, tubular or branched white structures** surrounded by brown vessels	Amorphous or absent surface pattern
Most likely pathology	Hyperplastic	Adenoma***	Deep submucosalinvasive cancer
Treatment	Followup	Polypectomy/EMR/ESD	Surgery

Typical endoscopic findings of NICE classification

	Type 1	Type 2	Type 3
Endoscopic findings	  	  	  

Hình 2: Hình ảnh nội soi minh họa cho phân loại NICE

Tất cả các tổn thương đều được sinh thiết qua nội soi để xác nhận bản chất tế bào học.

Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu.

Hội chẩn các chuyên khoa liên quan, nhất là Ngoại Tiêu hóa để thống nhất chẩn đoán và chỉ định.

Tư vấn cho bệnh nhân về mục đích, lợi ích và rủi ro của ESD, các lựa chọn thay thế. Thủ thuật chỉ được thực hiện khi bệnh nhân đồng ý.

2.3. Chỉ định ESD:

Chỉ định ESD ở dạ dày dựa theo Hướng dẫn của Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản [7]

Depth	Mucosal cancer				Submucosal cancer	
	No ulceration		Ulceration		SM1	≤ SM2
	≤ 20 mm	> 20 mm	≤ 30 mm	> 30 mm	≤ 30 mm	Any size
Differentiated						
Undifferentiated						



Absolute indications for EMR or ESD



Expanded indications for ESD



Consider surgery



Surgery (Gastrectomy and lymph node dissection)

Chỉ định ESD ở đại trực tràng dựa theo hướng dẫn của Bệnh viện Ung thư Trung tâm Quốc gia Nhật Bản (National Cancer Centre Hospital in Japan):

Non invasive patterns should be diagnosed by chromo magnification colonoscopy

Tumor size (mm)	<10	10-20	20-30	>30
0-IIa, IIc, IIa+IIc (LST-NG)	EMR	EMR	ESD candidate	ESD candidate
0-Is+IIa (LST-G)	EMR	EMR	EMR	Possible ESD candidate
0-Is (villous)	EMR	EMR	EMR	Possible ESD candidate
Intramucosal tumor with non-lifting sign	EMR	EMR/ESD	Possible ESD candidate	Possible ESD candidate
Rectal carcinoid tumor	ESMR-L	ESD/Surgery	Surgery	Surgery

ESD, endoscopic submucosal dissection; EMR, endoscopic mucosal resection; LST-NG, lateral spreading tumors of non-granular type; ESMR-L, endoscopic submucosal resection with a ligation device

2.4. Quy trình kỹ thuật ESD:

Với ESD ở dạ dày và thực quản bệnh nhân được gây mê toàn thân với ống nội khí quản để bảo vệ đường thở và hạn chế tối đa phản xạ hầu họng gây khó khăn trong lúc thực hiện. Còn với ESD ở đại trực tràng bệnh nhân chỉ cần gây mê tĩnh mạch với Midazolam, Fentanyl, Propofol. Bệnh nhân được theo dõi ECG, Oxy máu, sinh hiệu theo đúng quy trình gây mê.

Dụng cụ thực hiện ESD:

- Hệ thống nội soi Olympus CV 190.

- Dụng cụ ESD chuyên dụng: Dual Knife, IT Knife (Olympus), kẹp cầm máu,

- Máy cắt đốt (BOWA ARC 250).

Kỹ thuật ESD được thực hiện qua bước chính sau:

1. Kiểm tra cẩn thận tổn thương để xác định ranh giới bằng nội soi ánh sáng trắng kết hợp chế độ NBI và Dual Focus;

2. Đối với những tổn thương ở dạ dày, đánh dấu ranh giới của tổn thương bằng Dual Knife. Không thực hiện đánh dấu với tổn thương đại trực tràng;

3. Tiêm nâng lớp dưới niêm mạc với dung dịch NaCl 0,9% + Epinephrine (1:250.000) + Methylen blue để tạo lớp đệm dưới niêm mạc bên dưới tổn thương;

4. Cắt niêm mạc xung quanh tổn thương bằng Dual Knife hoặc IT Knife;

5. Bóc tách lớp dưới niêm mạc dưới đáy tổn thương bằng Dual Knife hoặc IT Knife, trong giai đoạn này, lặp lại việc tiêm dưới niêm mạc bất cứ khi nào cần thiết và đồng thời làm đông các mạch máu nhìn thấy được;

6. Khi kết thúc, kiểm tra cẩn thận đáy vết cắt để tìm biến chứng; đồng thời đốt các mạch máu còn hiện diện.

2.5. Đánh giá mô bệnh học:

Các mẫu bệnh phẩm được đo kích thước, cố định trong formalin và sau đó nó được gửi đi đánh giá mô bệnh học. Nghiên cứu mô bệnh học cung cấp thông tin về đường kính tổn thương, độ sâu xâm lấn, phân loại, sự xâm lấn mạch bạch huyết và các ranh giới tổn thương

2.6. Theo dõi sau ESD:

- Tất cả bệnh nhân sau làm ESD đều được theo dõi trong bệnh viện.

- Với ESD dạ dày, PPI được dùng trong 4-8 tuần (40mg, 2 lần/ngày).

- Trong trường hợp không biến chứng, chế độ ăn lỏng áp dụng 24h sau thủ thuật. Bệnh nhân có thể xuất viện sau 72h.

- Tất cả các bệnh nhân được tái khám nội soi sinh thiết diện cắt vào các thời điểm 3, 6 và 12 tháng sau thủ thuật. Sau đó, và nếu không có tổn thương còn sót lại, sẽ thực hiện giám sát hàng năm.

2.7. Đánh giá kết quả ESD:

- Cắt bỏ từng mảnh: khi tổn thương được cắt rời từ hai mảnh trở lên

- Cắt bỏ trọn khối (en bloc): khi tổn thương được cắt rời thành một mảnh

- Cắt bỏ trọn khối hoàn toàn (en bloc R0)

là tổn thương được cắt nguyên khối và cả mép bên và mép dọc đều không có tổn thương;

- Cắt trọn khối không hoàn toàn (en bloc R1) khi tổn thương xâm lấn ít nhất một trong các rìa (dọc hoặc bên).

- Khi không thể đánh giá đầy đủ các lẻ, do tác động phân mảnh hoặc đông máu, và không đảm bảo cắt bỏ hoàn toàn thì nó được định nghĩa là Rx.

- Còn sót tổn thương được định nghĩa là sự hiện diện của tổn thương tại cùng một nơi mà ESD đã được thực hiện sau khi cắt bỏ không phải R0 và được tìm thấy trong lần nội soi giám sát thứ nhất hoặc thứ hai; sau khoảng thời gian này hoặc nếu việc cắt bỏ là R0 thì nó được coi là tái phát cục bộ.

2.8. Biến chứng ESD:

Chảy máu và thủng là những biến chứng thường gặp nhất của ESD.

- Chảy máu gồm chảy máu trong thủ thuật và chảy máu muộn sau khi thủ thuật hoàn tất.

- Chảy máu trong thủ thuật được coi là nghiêm trọng khi nó dẫn đến giảm nồng độ hemoglobin > 2 g/dL, huyết động không ổn định và / hoặc cần phải tiến hành phẫu thuật để giải quyết.

- Chảy máu trong thủ thuật mức độ nhẹ khi nó không đáp ứng tiêu chuẩn nghiêm trọng nhưng nó khiến thay đổi kế hoạch thủ thuật (ví dụ: sử dụng hemoclips) hoặc mất ≥ 5 phút để kiểm soát bằng nội soi.

- Chảy máu muộn, được xác định khi có bằng chứng lâm sàng về chảy máu (nôn ra máu, đi tiêu máu) xảy ra cho đến 30 ngày sau ESD.

- Một biến chứng nguy hiểm khác của ESD là thủng. Nó có thể được phát hiện ngay trong lúc làm thủ thuật hoặc qua biểu hiện lâm sàng và hình ảnh sau thủ thuật (X quang, CT).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2019 đến 07/2020 có tất cả 11 bệnh nhân được thực hiện ESD tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, trong đó dạ dày: 2 trường hợp (18,1%), trực tràng: 2 (18,1%), đại tràng: 7 (63%). Giải phẫu bệnh trước ESD có 02 trường hợp loạn sản thấp, 9 trường hợp loạn sản cao. Có 2 tổn thương ở đại trực tràng hình ảnh nội soi phân loại NICE III, tuy nhiên sinh thiết 2 lần kết quả giải phẫu bệnh vẫn loạn sản cao. Trong tất cả

các trường hợp, các chẩn đoán hình ảnh khác (MSCT, siêu âm) trước ESD đều không nghi ngờ sự xâm lấn của các hạch dưới niêm mạc hoặc tại chỗ. Tuổi trung bình của bệnh nhân: 62,5 (48 - 82), tỉ lệ nam/ nữ: 6/5. Thời gian thủ thuật trung bình: 78,7 phút (34 - 120 phút). Cắt bỏ trọn khối thực hiện được ở 9/11 trường hợp (81,8%), R0 đạt được 8/11 (72,7%) trường hợp.

Bảng kết quả nghiên cứu:

	Dạ dày	Đại trực tràng
Số lượng	2	9
Tuổi trung bình:	58 (61 – 65)	55,6 (48 – 82)
Kích thước tổn thương (cm)	1,75 (1,5 – 2)	2,85 (15-80)
Hình ảnh nội soi		
T0-Is	1	5
T0-IIa	-	-
T0-IIa+IIc	1	-
LST	-	4
Thời gian thủ thuật (phút)	72,5 (65 – 80)	70,7 (34 -120)
Diện cắt		
Trọn khối	2	7
R0	2	6
Rx	-	2
Biến chứng		
Chảy máu trong ESD	0	1
Thủng	0	1
Giải phẫu bệnh trước ESD		
Loạn sản thấp	-	3
Loạn sản cao	2	6
Giải phẫu bệnh sau ESD		
Loạn sản thấp	-	1
Loạn sản cao	2	5
Carcinoma	-	3

3.1. Dạ dày:

Trong báo cáo có 02 trường hợp ESD ở dạ dày, tất cả tổn thương đều nằm ở hang vị, kích thước tổn thương: 1,5cm và 2cm, dạng 0-IIa. Giải phẫu bệnh trước ESD: loạn sản cao. Thời gian thủ thuật lần lượt là 65 và 80 phút (trung bình 72,5 phút).

Cả 2 trường hợp đều cắt được trọn khối và đều đạt được R0. Không có biến chứng nào xảy ra trong và sau thủ thuật.

Giải phẫu bệnh sau ESD cả 2 trường hợp đều là loạn sản cao.



Hình 3. Trường hợp ESD tổn thương dạng 0-IIa+c kích thước khoảng 2cm vùng hang vị.

3.2. Đại trực tràng:

Có 9 tổn thương ở đại trực tràng được cắt bỏ bằng ESD. Trong đó: 2 ở trực tràng, 4 ở đại tràng trái, 3 ở đại tràng phải. Kích thước tổn thương trung bình 28,5mm (15-80mm). Thời gian thủ thuật trung bình 70,7 phút (34-120 phút). Cắt trọn tổn thương 7/9 trường hợp (77,8%), R0 đạt 6/9 trường hợp (66,7%), R1 có 1 trường hợp (11,1%). Rx có 2 trường hợp (22,2%) gồm 1 trường hợp không cắt hết tổn thương do xâm lấn và một trường hợp tổn thương quá lớn (50x80mm) phải cắt thành từng mảnh.

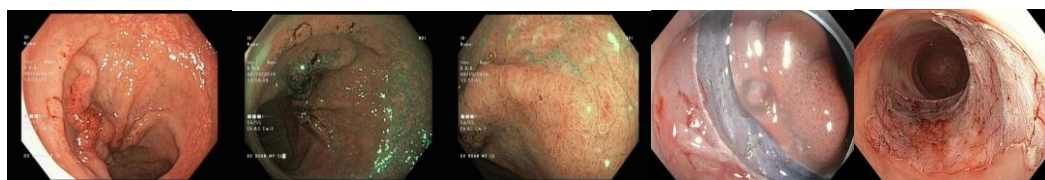
Có 1 trường hợp (11,1%) chảy máu nhẹ trong lúc làm thủ thuật và được xử lý thành công qua nội soi. Không có biến cố chảy

máu nặng. Không ghi nhận trường hợp nào chảy máu muộn sau ESD.

Thủng xảy ra 1 trường hợp (11,1%), phát hiện ngay trong lúc làm thủ thuật, đóng lỗ thủng bằng clip, theo dõi và điều trị nội khoa thành công, không cần phẫu thuật.

Giải phẫu bệnh sau ESD: carcinoma: 3/9 (33,3%), loạn sản cao: 5/9 (55,6%), loạn sản thấp: 1 (11,1%)

Trong 3 trường hợp giải phẫu bệnh sau ESD ra carcinoma có 2 trường hợp được cắt đại tràng gồm 1 trường hợp ESD thất bại do u xâm lấn lớp cơ, 1 trường hợp đạt diện cắt R1. Trường hợp còn lại đạt được diện cắt R0 đang tiếp tục theo dõi.



Hình 4. Trường hợp ESD tổn thương dạng LST, kích thước 5x8mm ở trực tràng.

IV. BÀN LUẬN

Trong báo cáo, chúng tôi có 02 trường hợp ESD ở dạ dày, đều đạt được diện cắt R0, không ghi nhận biến chứng như chảy máu và thủng.

Rất nhiều báo cáo của các tác giả Nhật Bản như: Oda và Cs [8], Kakushima và Cs [9], Imagawa và Cs [10], Oyama và Cs [11], Onozato [12] đều cho thấy những kết quả rất tốt của ESD như tỉ lệ cắt trọn khối rất cao, hầu hết trên 90%, với tỉ lệ tái phát hầu như bằng không. Tỉ lệ biến chứng như chảy máu và thủng đều ở mức thấp

Số liệu tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn còn ít, với vị trí ở vùng hang vị, dễ thực hiện nên chúng tôi cần số liệu nhiều hơn với nhiều vị trí khác nhau trong dạ dày mới có đánh giá chính xác. Tuy nhiên, nó cũng cho thấy những kết quả ban đầu rất tích cực như đều đạt được diện cắt R0, không biến chứng.

Còn ở đại trực tràng, chúng tôi thực hiện 9 trường hợp với tỉ lệ cắt trọn khối 77,8%, với các biến chứng: chảy máu: 11,1%, thủng: 11,1%

So sánh với số liệu của các tác giả Nhật Bản như: Fujishiro và cs [13], Saito và cs [14], Tanaka và ss [15], Tamegai và cs [16] cho thấy: tỉ lệ cắt trọn khối của các tác giả Nhật Bản rất cao, từ 80 đến 98,6%, tỉ lệ này của chúng tôi đạt 77,8%. Tỉ lệ chảy máu của chúng tôi là 11,1%, cao hơn các tác giả Nhật Bản, dao động từ 1-2%. Chúng tôi có 01 trường hợp thủng (11,1%), cũng cao hơn các tác giả Nhật Bản (1,4 - 10%). Tuy nhiên, nếu so sánh với các báo cáo từ các tác giả phương Tây như Gabriel Tahmi (Pháp) [17], thì tỉ lệ cắt trọn khối của chúng tôi cao hơn, tỉ lệ các biến chứng thấp hơn. Điều này có

thể giải thích từ những khó khăn trong thực hiện ESD, nhất là ở đại trực tràng. Trong quy trình huấn luyện ESD, ban đầu sẽ thực hành trên động vật (bao tử heo), sau đó sẽ thực hành trên người với sự giám sát của chuyên gia nội soi. Đầu tiên sẽ thực hiện ở vùng hang vị của dạ dày rồi đến những vùng khác khó hơn như thân vị, phình vị. Khi đạt được mức độ thành thạo mới tiến tới làm ESD ở đại trực tràng. Các tác giả Nhật Bản đã tiếp cận ESD từ rất sớm với hệ thống đào tạo chuyên sâu nên có kỹ năng tốt hơn, nhất là ở đại trực tràng.

So sánh kết quả giải phẫu bệnh trước và sau ESD cho thấy với khả năng lấy được trọn khối tổn thương đã giúp cung cấp chẩn đoán giải phẫu bệnh tốt hơn so với sinh thiết qua nội soi với mẫu sinh thiết nhỏ, điển hình là 3 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh sau ESD là carcinoma. Có hai trường hợp ESD ở tổn thương có phân loại NICE III, tuy không còn chỉ định ESD, nhưng do hai lần sinh thiết qua nội soi với những mẫu sinh thiết nhỏ đều cho kết quả loạn sản cao nên chúng tôi quyết định làm ESD để lấy mẫu lớn hơn làm giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh sau ESD là carcinoma, phù hợp với phân loại hình ảnh học nội soi của NICE III. Qua hai trường hợp này chúng tôi đề xuất xem xét chỉ định phẫu thuật cho những tổn thương ở đại tràng có phân loại nội soi NICE III theo như khuyến cáo của bảng phân loại NICE.

Có một số hạn chế đối với báo cáo của chúng tôi. Thứ nhất, đó là số liệu ít, nhất là so với các báo cáo của các tác giả Nhật Bản. Do đó chúng tôi chưa đủ dữ liệu để phân tích và so sánh. Thứ hai, thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn, lâu nhất là 18 tháng, chưa

phát hiện trường hợp nào tái phát. Tuy nhiên, như thế vẫn chưa đủ để đánh giá được sự tái phát trong dài hạn. Chúng tôi cần nhiều thời gian hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua những số liệu và phân tích trên, ESD đã thể hiện một tiến bộ đáng kể trong nội soi điều trị, mang lại hiệu quả điều trị to lớn cho bệnh nhân. Riêng tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, với kết quả hiện tại cùng với sự hợp lý hơn trong chỉ định, chúng tôi tin rằng kỹ thuật ESD là hữu ích, khả thi và an toàn trong môi trường làm việc của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shiro Oka¹, Shinji Tanaka, Iwao Kaneko, Ritsuo Mouri, Mayuko Hirata, Toru Kawamura, Masaharu Yoshihara, Kazuaki Chayama.** Advantage of endoscopic submucosal dissection compared with EMR for early gastric cancer. *Gastrointest Endosc*. 2006 Dec;64(6):877-83
2. **Tanaka M., Ono H., Hasuike N., Takizawa K.** Endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer. *Digestion*. 2008;77: 23-28.
3. **Uedo N., Takeuchi Y., Ishihara R.** Endoscopic management of early gastric cancer: endoscopic mucosal resection or endoscopic submucosal dissection: data from a Japanese high-volume center and literature review. *Ann Gastroenterol*. 2012;25: 281-290
4. **Pimentel-Nunes P., Mourão F., Veloso N., Afonso L., Jácome M., Moreira-Dias L.** Long-term follow-up after endoscopic resection of gastric superficial neoplastic lesions in Portugal. *Endoscopy*. 2014;46: 933-940
5. **Coda S., Trentino P., Antonellis F., Porowska B., Gossetti F., Ruberto F.** A western single-center experience with endoscopic submucosal dissection for early gastrointestinal cancers. *Gastric Cancer*. 2010;13: 258-263
6. **The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1 2002.** *Gastrointest Endosc*. 2003;58: S3-S43.
7. **Japanese Gastric Cancer Association** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010. *Gastric Cancer*. 2011;14: 113-123.
8. **Oda I, Gotoda T, Hamanaka H, Eguchi T, Saito Y, Matsuda T, Bhandari P, Emura F, Saito D, Ono H.** Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: technical feasibility, operation time and complications from a large consecutive series. *Dig Endosc*. 2005;17: 54-58
9. **Kakushima N, Fujishiro M, Kodashima S, Muraki Y, Tateishi A, Omata M.** A learning curve for endoscopic submucosal dissection of gastric epithelial neoplasms. *Endoscopy*. 2006;38: 991-995.
10. **Imagawa A, Okada H, Kawahara Y, Takenaka R, Kato J, Kawamoto H, Fujiki S, Takata R, Yoshino T, Shiratori Y.** Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: results and degrees of technical difficulty as well as success. *Endoscopy*. 2006;38: 987-990.
11. **Oyama T, Tanaka M, Tomori A, Hotta K, Morita S, Furutachi S, Takahashi A, Miyata Y.** Prognosis of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer, results of 3 years or more after treatment. (in Japanese with English abstract) *Stomach Intest*. 2006;41: 87-90
12. **Onozato Y, Ishihara H, Iizuka H, Sohara N, Kakizaki S, Okamura S, Mori M.** Endoscopic submucosal dissection for early

- gastric cancers and large flat adenomas. *Endoscopy*. 2006;38: 980–986.
13. **Fujishiro M, Yahagi N, Kakushima N, Kodashima S, Muraki Y, Ono S, Yamamichi N, Tateishi A, Oka M, Ogura K, et al.** Outcomes of endoscopic submucosal dissection for colorectal epithelial neoplasms in 200 consecutive cases. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5: 678–683; quiz 645.
 14. **Saito Y, Uraoka T, Matsuda T, Emura F, Ikehara H, Mashimo Y, Kikuchi T, Fu KI, Sano Y, Saito D.** Endoscopic treatment of large superficial colorectal tumors: a case series of 200 endoscopic submucosal dissections (with video) *Gastrointest Endosc*. 2007;66: 966–973.
 15. **Tanaka S, Oka S, Kaneko I, Hirata M, Mouri R, Kanao H, Yoshida S, Chayama K.** Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasia: possibility of standardization. *Gastrointest Endosc*. 2007;66: 100–107.
 16. **Tamegai Y, Saito Y, Masaki N, Hinohara C, Oshima T, Kogure E, Liu Y, Uemura N, Saito K.** Endoscopic submucosal dissection: a safe technique for colorectal tumors. *Endoscopy*. 2007;39: 418–422.
 17. **Rahmi G., Hotalyt B., Lepillez V., Giovannini M., Coumaros D., Charachon A.** Endoscopic submucosal dissection for superficial rectal tumors: prospective evaluation in France. *Endoscopy*. 2014;46: 670–676.

PHÂN TÍCH HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT XÂM LẤN PHỔI TẠI KHOA PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Từ Phạm Hiền Trang¹, Nguyễn Thị Thu², Nguyễn Mai Hoa¹,
Dương Đức Hùng², Nguyễn Thu Minh, Bùi Thị Ngọc Thực²,
Cần Tuyết Nga², Ngô Gia Khánh², Nguyễn Hoàng Anh (B)²,
Vũ Đình Hòa², Nguyễn Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích hiệu quả dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ và hiệu quả kinh tế của phác đồ kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật xâm lấn phổi tại khoa Phẫu thuật lồng ngực, bệnh viện Bạch Mai

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp, so sánh với nhóm chứng lịch sử bằng phương pháp ghép cặp điểm khuynh hướng. Nhóm can thiệp gồm 21 bệnh nhân phẫu thuật cắt thùy phổi, cắt phân thùy phổi, cắt wedge phổi từ ngày 01/11/2019 đến ngày 30/6/2020, sử dụng ampicilin/sulbactam (3g mỗi 8h, trong vòng 24 giờ). Nhóm đối chứng gồm 21 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tương tự từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/10/2019, sử dụng kháng sinh thường quy.

Kết quả: Không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng về tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ($p=0.488$). Chi phí sử dụng kháng sinh cho 1 đợt điều trị tại khoa PTLN trong nhóm can thiệp giảm 90% ($p<0,001$) và số lần thực hiện kháng sinh của điều dưỡng giảm 80% ($p<0,001$) so với nhóm đối chứng.

Kết luận: Việc triển khai phác đồ KSDP trong phẫu thuật xâm lấn phổi đã bước đầu cho thấy hiệu quả trong việc duy trì tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp, đồng thời giảm đáng kể chi phí sử dụng kháng sinh và số lần thực hiện kháng sinh của điều dưỡng. Do đó, cần tiếp tục theo dõi hiệu quả dài hạn của chương trình và nhân rộng mô hình tại các khoa Ngoại trong bệnh viện.

Từ khóa: kháng sinh dự phòng, nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật lồng ngực, phẫu thuật cắt phổi, Bệnh viện Bạch Mai

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SURGICAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS PROGRAM IN PULMONARY RESECTION AT THE DEPARTMENT OF THORACIC SURGERY, BACH MAI HOSPITAL

Objective: Evaluate the effectiveness of surgical antibiotic prophylaxis program in pulmonary resections at the Department of Thoracic surgery, Bach Mai hospital. Subjects and method: Prospective, interventional study using retrospective control group. The intervention group consisted of 21 patients undergoing lobectomy, segmentectomy and wedge resection between 01/11/2019 and 30/06/2020, using ampicillin/sulbactam (3g q8h, over 24 hours). The control group consisted of 21 patients undergoing similar procedures between

¹Trung tâm DI&ADR Quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Anh
Email: anh90tk@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) theo khuyến cáo dựa trên bằng chứng là biện pháp quan trọng giúp làm giảm nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) – một biến chứng hậu phẫu thường gặp và để lại hậu quả nặng nề^[1]. Tuy nhiên, tình trạng sử dụng KSDP không hợp lý vẫn còn phổ biến tại Việt Nam, cho thấy sự cần thiết triển khai các can thiệp KSDP trong chương trình quản lý kháng sinh bệnh viện^[2]. Trong bối cảnh đó, khoa Phẫu thuật lồng ngực (PTLN), Bệnh viện Bạch Mai đã xây dựng và triển khai chương trình KSDP trên một số đối tượng bệnh nhân phẫu thuật tại khoa, và bước đầu cho thấy tác động tích cực về hiệu quả điều trị và hiệu quả kinh tế, từ đó đặt ra yêu cầu mở rộng chương trình trên các đối tượng bệnh nhân phức tạp hơn^[3]. Phẫu thuật cắt thùy phổi, cắt phân thùy phổi và cắt wedge phổi là các phẫu thuật xâm lấn phổi được khuyến cáo sử dụng KSDP^[4,5]. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng KSDP trên đối tượng bệnh nhân này tại khoa PTLN còn khá thấp, và bệnh nhân thường mang nhiều yếu tố nguy cơ NKVM như tiền sử hút thuốc lá, hóa trị, xạ trị và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD),^[6,7]. Vì vậy, việc xây dựng một phác đồ KSDP phù hợp cho bệnh nhân phẫu thuật xâm lấn phổi là rất quan trọng. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả phác đồ KSDP trên đối tượng bệnh nhân phẫu thuật xâm lấn phổi tại khoa PTLN, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 16 tuổi có chỉ định mô phỏng cắt thùy phổi, cắt phân thùy phổi, cắt wedge phổi tại khoa PTLN và được thực hiện phẫu thuật thuộc loại sạch, sạch-nhiễm tại Phòng mổ, Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh

viện Bạch Mai từ 01/01/2019 đến 30/06/2020. Bệnh nhân được phân làm hai nhóm:

Nhóm sử dụng KSDP: Bệnh nhân có lịch mổ từ 01/11/2019 đến 30/6/2020. Loại trừ bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: từ 80 tuổi trở lên, BMI ≥ 30 kg/m², điểm NNIS ≥ 2 , hút thuốc lá trong vòng 1 tháng trước phẫu thuật, đường huyết trước phẫu thuật > 10 mmol/l hoặc mắc đái tháo đường chưa được kiểm soát tốt, mắc COPD, tiền sử dị ứng với kháng sinh nhóm β -lactam.

Nhóm đối chứng: Bệnh nhân có lịch mổ từ 01/01/2019 đến 31/10/2019, được sử dụng kháng sinh thường quy.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, so sánh với nhóm chứng lịch sử bằng phương pháp ghép cặp điểm khuynh hướng.

Quy trình KSDP được triển khai trên nhóm KSDP như sau: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sử dụng KSDP được chỉ định ampicilin/sulbactam 3g; liều đầu tiên tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 60 phút trước khi rạch da, 3 mũi KSDP tiếp theo được tiêm cách nhau mỗi 8 giờ trong vòng 24 giờ sau đóng vết mổ; nếu PT kéo dài > 3 giờ hoặc mất ≥ 1.500 mL máu, BN sẽ được bổ sung 1 mũi KSDP trong cuộc mổ.

Nhóm đối chứng được lựa chọn như sau: tiến hành ghép cặp tỷ lệ 1:1 với nhóm KSDP để lựa chọn các cặp bệnh nhân có đặc điểm tương đồng về các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, điểm ASA, điểm NNIS, bệnh đái tháo đường, COPD, tiền sử hút thuốc lá, loại phẫu thuật, cách thức phẫu thuật.

Nhóm KSDP và nhóm đối chứng được so sánh về đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm phẫu thuật, đặc điểm sử dụng kháng sinh, hiệu quả của KSDP bao gồm tình trạng NKVM, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, chi phí sử

dụng KS và số lần thực hiện KS của điều dưỡng.

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua trong khuôn khổ đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Bạch Mai.

Xử lý số liệu

Số liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm Microsoft Access 365 và phần mềm R 3.6.3. Phương pháp điểm khuynh hướng sử dụng hồi quy logistic được dùng để ghép cặp bệnh nhân. Sử dụng kiểm định T để so sánh giá trị trung bình của hai nhóm nếu có phân phối chuẩn, kiểm định Wilcoxon để so sánh giá trị trung vị của hai nhóm nếu có phân

phối không chuẩn, kiểm định χ^2 và kiểm định Fisher's Exact để so sánh tỷ lệ phần trăm giữa 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Trong giai đoạn từ ngày 01/11/2019 đến ngày 30/06/2020, có 21 bệnh nhân phẫu thuật xâm lấn phổi đủ tiêu chuẩn sử dụng KSDP được đưa vào nghiên cứu, ghép cặp với 21 bệnh nhân nhóm đối chứng. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (%)		p
		Nhóm KSDP (N=21)	Nhóm chứng (N=21)	
Tuổi, trung vị (IQR)		61,0 (57,0 – 66,0)	59,0 (55,0 – 65,0)	0,75
Giới tính (Nam)		8 (38,1)	12 (57,1)	0,35
BMI, TB $\pm$ SD		22,2 $\pm$ 2,2	22,1 $\pm$ 2,5	0,87
Điểm ASA $\geq$ 3		3 (14,3)	3 (14,3)	>0,99
Điểm NNIS $\geq$ 2		0	1 (4,76)	>0,99
Tiền sử hút thuốc lá, n (%)		3 (14,3)	4 (19,1)	>0,99
Bệnh mắc kèm	Đái tháo đường	3 (14,3)	2 (9,5)	>0,99
	COPD	0	0	-
Loại PT	Cắt thùy phổi	14 (66,7)	13 (61,9)	0,81
	Cắt phân thùy phổi	2 (9,5)	4 (19,1)	
	Cắt wedge phổi	5 (23,8)	4 (19,1)	
Thời gian nằm viện trước PT (ngày)		16,0 (13,0 – 24,0)	14,0 (11,0 – 16,0)	0,22
Thời gian PT (phút)	TB $\pm$ SD	137,5 $\pm$ 46,2	136,4 $\pm$ 62,6	0,89

Sau khi thực hiện ghép cặp điểm khuynh hướng, các đặc điểm chính của hai nhóm đều khá tương đồng về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật và các yếu tố nguy cơ NKVM (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$).

Đặc điểm sử dụng kháng sinh tại khoa PTLN của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm sử dụng kháng sinh quanh phẫu thuật tại khoa PTLN của nhóm KSDP và nhóm chứng được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm sử dụng kháng sinh	Số bệnh nhân (%)					
	Nhóm KSDP (N = 21)			Nhóm chứng (N = 21)		
	Trong ngày PT		Sau ngày PT	Trong ngày PT		Sau ngày PT
	Trước rạch da	Sau đóng vết mổ		Trước rạch da	Sau đóng vết mổ	
Số bệnh nhân dùng kháng sinh	21 (100)	21 (100)	3 (14,3)	0	21 (100)	21 (100)
Nhóm kháng sinh						
Penicilin	21 (100)	21 (100)				
C2G			1 (4,8)		14 (66,7)	18 (85,7)
C3G			1 (4,8)		7 (33,3)	6 (28,6)
Fluoroquinolon					11 (52,4)	16 (76,2)
Khác			1 (4,8)		2 (9,5)	2 (9,5)
Thời gian dùng kháng sinh (ngày)	1,00 (1,00-1,00)			8,00 (7,00-9,00)		

Các bệnh nhân trong nhóm KSDP được sử dụng kháng sinh ampicillin/sulbactam liều 3g, mỗi đầu tiên được tiêm trong vòng 60 phút trước rạch da, và được ngừng sử dụng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật, phù hợp với hướng dẫn sử dụng KSDP của ASHP^[5]. Ở nhóm chứng lịch sử, phác đồ kháng sinh được lựa chọn phổ biến là cephalosporin thế hệ 2 phối hợp với fluoroquinolon, bắt đầu sử dụng kháng sinh sau khi đóng vết mổ và kéo dài sau phẫu thuật (trung vị 8 ngày). Đây là một thực trạng cần lưu ý do việc sử dụng KSDP sau rạch da đã được chứng minh làm tăng 2 lần nguy cơ NKVM so với trước rạch da^[1]. Bên

cạnh đó, việc sử dụng KSDP kéo dài sau phẫu thuật không làm giảm tỷ lệ NKVM so với sử dụng liều duy nhất trước phẫu thuật, và chưa có bằng chứng ủng hộ việc sử dụng KSDP kéo dài cho tới khi rút dẫn lưu hay catheter tĩnh mạch^[1, 5]. Hơn nữa, việc sử dụng KSDP kéo dài làm gia tăng nguy cơ mắc viêm đại tràng giả mạc do Clostridium difficile và gia tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn^[8].

Hiệu quả của phác đồ kháng sinh dự phòng. Hiệu quả dự phòng NKVM và hiệu quả kinh tế của kháng sinh sử dụng trong nhóm KSDP và nhóm đối chứng được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Hiệu quả dự phòng NKVM và hiệu quả kinh tế của phác đồ KSDP

Tiêu chí	Nhóm KSDP (N = 21)	Nhóm chứng (N = 21)	P
Tỷ lệ NKVM, n (%)	0	2 (9,5)	0,488
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày), trung vị (IQR)	13,0 (9,0 – 15,0)	15,0 (9,0 – 20,0)	0,588
Chi phí kháng sinh cho 1 đợt điều trị tại khoa PTLN (nghìn đồng), trung vị (IQR)	552 (552 – 552)	5.619 (3111 – 8397)	<0,001
Số lần thực hiện KS của điều dưỡng tại khoa PTLN, trung vị (IQR)	4,0 (4,0 – 4,0)	21,0 (16,0 – 33,0)	<0,001

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trên đối tượng bệnh nhân phẫu thuật xâm lấn phổi, phác đồ KSDP trong 24 giờ có hiệu quả dự phòng NKVM không khác biệt so với phác đồ kháng sinh thường quy tại khoa. Nhiều nghiên cứu khác trên thế giới về hiệu quả của can thiệp KSDP cũng cho thấy kết quả tương tự, khi sử dụng KSDP phổ hẹp với thời gian ngắn không làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn so với việc sử dụng kháng sinh phổ rộng dài ngày ^{[9],[10]}. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm KSDP không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng. Điều này có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ cũng như yêu cầu của bác sỹ điều trị về việc theo dõi hậu phẫu, chuyển khoa tiếp tục điều trị bệnh lý (u phổi, ung thư phổi,...), dẫn đến bệnh nhân cần nằm viện trong khoảng thời gian tương đối cố định.

Việc triển khai phác đồ KSDP trên bệnh nhân phẫu thuật xâm lấn phổi tại khoa PTLN đã cho thấy hiệu quả rõ rệt về phương diện kinh tế với chi phí sử dụng kháng sinh trung bình ở nhóm KSDP chỉ bằng 1/10 so với nhóm đối chứng (552.000 VNĐ so với 5.619.000 VNĐ, $p < 0,001$). Đây là kết quả

của việc rút ngắn thời gian sử dụng kháng sinh, giảm tiêu thụ các loại vật tư y tế đi kèm và giảm phối hợp nhiều loại kháng sinh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhou và cộng sự, cho thấy chương trình KSDP trong phẫu thuật tim mạch-lòng ngực làm giảm chi phí sử dụng kháng sinh từ 232,1 USD xuống 64,7 USD trên mỗi bệnh nhân ^[11]. Bên cạnh đó, việc sử dụng KSDP cũng giúp giảm gánh nặng công việc cho nhân viên y tế, với số lần thực hiện kháng sinh/1 đợt phẫu thuật của điều dưỡng ở nhóm KSDP thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$).

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế do cỡ mẫu nhỏ và việc sử dụng nhóm chứng lịch sử. Việc ghép cặp bằng điểm khuynh hướng có thể giúp giảm sai số nhưng không thể hoàn toàn thay thế việc phân nhóm ngẫu nhiên, vì vậy cần tiếp tục theo dõi để đánh giá hiệu quả dài hạn của phác đồ này trong thời gian tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Việc triển khai phác đồ KSDP trong phẫu thuật xâm lấn phổi đã bước đầu cho thấy hiệu quả trong việc duy trì tỷ lệ NKVM thấp, đồng thời giảm 90% chi phí kháng sinh cho

1 đợt điều trị tại khoa PTLN so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$), giảm 80% số lần thực hiện kháng sinh của điều dưỡng ở khoa PTLN ($p < 0,001$). Do đó, cần tiếp tục theo dõi hiệu quả dài hạn của chương trình và nhân rộng mô hình tại các khoa Ngoại trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015)**, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015) của Bộ trưởng Bộ Y tế, pp. 46-48.
2. **Nguyễn Thị Hoài Thu, Bùi Kim Tuyền (2017)**, "Thực trạng sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện Thanh Nhân, Hà Nội năm 2015", Tạp chí Y tế công cộng, 40, pp. 70-77.
3. **Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Thanh Lương, Dương Đức Hùng Trần Nhân Thắng, Cẩn Tuyết Nga, Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hoàng Anh, Vũ Đình Hòa (2019)**, "Phân tích thực trạng và bước đầu đánh giá hiệu quả chương trình kháng sinh dự phòng tại khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108, 14(9/2019), pp. 37-44.
4. **Anderson D. J., Podgorny Kelly, et al. (2014)**, "Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update", Infection Control and Hospital Epidemiology, 35(6), pp. 605-627.
5. **Bratzler D. W., Dellinger E. Patchen, et al. (2013)**, "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", American Journal of Health-System Pharmacy, 70(3), pp. 195-283.
6. **Lugg S. T., Agostini P. J., et al. (2016)**, "Long-term impact of developing a postoperative pulmonary complication after lung surgery", Thorax, 71(2), pp. 171.
7. **Imperatori A., Nardecchia E., et al. (2017)**, "Surgical site infections after lung resection: a prospective study of risk factors in 1,091 consecutive patients", Journal of Thoracic Disease, 9(9), pp. 3222-3231.
8. **World Health Organization (2018)**, Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition, pp. 27-174.
9. **Donà D., Luise D., et al. (2019)**, "Effects of an antimicrobial stewardship intervention on perioperative antibiotic prophylaxis in pediatrics", Antimicrobial Resistance and Infection Control, 8, pp. 13-13.
10. **Van Kasteren Marjo E. E., Mannien Judith, et al. (2005)**, "Quality improvement of surgical prophylaxis in Dutch hospitals: evaluation of a multi-site intervention by time series analysis", Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 56(6), pp. 1094-1102.
11. **Zhou Ling, Ma Jingjing, et al. (2016)**, "Optimizing Prophylactic Antibiotic Practice for Cardiothoracic Surgery by Pharmacists' Effects", Medicine, 95(9), pp. e2753-e2753..

SO SÁNH THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM KHU VỰC NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ BÌNH DƯƠNG NĂM 2019 – 2020

Đào Thị Thanh Hải* và cộng sự

TÓM TẮT

Khoa xét nghiệm Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương được hình thành từ năm 2001, thời điểm đó, cơ sở vật chất rất khiêm tốn, sau hơn 15 năm đã xuống cấp trầm trọng, mọi hoạt động đều thực hiện thủ công với trang thiết bị thô sơ. Tháng 9/2017, sau khi gia nhập Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ, thách thức lớn nhất là làm thế nào để nâng được mức đánh giá chất lượng xét nghiệm theo tiêu chí của Bộ Y Tế (năm 2016-2017: đạt mức 1/5), đồng thời phải làm tăng sự hài lòng của người bệnh, giảm thời gian chờ khám (trong tổng kết công tác khám chữa bệnh của Bộ Y tế năm 2018 chỉ ra rằng hơn 70% số người bệnh không hài lòng khi đến khám chữa bệnh là do phải chờ đợi quá lâu. Nhằm cải thiện chất lượng khám, thu hút người bệnh và thực hiện kế hoạch cải tiến liên tục, khoa xét nghiệm thực hiện đề tài “So sánh thời gian trả kết quả xét nghiệm khu vực ngoại trú năm 2019 - 2020”,

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang; thu thập dữ liệu qua phần mềm Exell và phần mềm Labconn

3. Mục tiêu: So sánh thời gian trả kết quả năm 2019 – 2020, đồng thời đưa ra một số đề xuất giúp tăng hiệu quả trong công tác khám chữa bệnh.

4. Kết quả thu được: Thời gian trung bình (phút) trả kết quả của xét nghiệm Huyết học:

18,1; Sinh hóa: 39,4; Miễn dịch: 59,8; Vi sinh: 58,4; Đông máu: 29,4; Nước tiểu: 29,9. **5. Biện luận:** Thời gian trả kết quả năm 2020 nhanh hơn so với trước khi có cải tiến lần lượt là: 40,6%; 30,3%; 8,1%; 21,2%; 34,2% và 25,1%. Cuối cùng là một số đề xuất như điều chỉnh thời gian, bổ sung quy định thời gian nhận mẫu và trả xét nghiệm khu vực ngoại trú, đồng thời tiếp tục theo dõi đánh giá sự hài lòng của người bệnh cho những năm tiếp

SUMMARY

A COMPARISON OF THE TIME TO ISSUE LABORATORY TEST RESULT OF OUTPATIENTS AT HOAN MY BINH DUONG IN 2019 AND 2020

Author: Đào Thị Thanh Hải et al.

Introduction: The Laboratory Department of Hoàn Mỹ Bình Dương Hospital was established in 2001, at that time, facilities were very poor. After 15 years, all facilities were degraded, all activities were done manually with rudimentary equipment. After joined Hoan My Medical Corporation in September 2017, the biggest problem is how to improve the quality assessment according to Ministry of Health's regulations (in the period 2016 – 2017: 1/5), with that, increasing patient satisfaction, reducing waiting time for medical examination (Ministry of Health's 2018 conference on medical examination and treatment concluded: More than 70% of patients are dissatisfied because of waiting too long). To improve the quality of medical examination, attract patients and implement a plan of continuous improvement, The Laboratory Department has implemented scientific research projects: “Compare the time to

*Bệnh viện đa khoa tư nhân Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Hải

Email: hai.dao@hoanmy.coms

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

return the test result of patient of outpatient area in 2019-2020”.

With target: A Comparison of the time to issue laboratory test result of outpatients at HoanMy Bình Dương in 2019 and 2020 and offer some solutions to help improve quality of medical examination and treatment,

Method: Cross sectional study; Statistics data by Labconn software, Computation data by Microsoft Excel software; Scope of study:

+ 2019: 220 outpatients (16 ~ 24/8)

+ 2020: 245 outpatients (17 ~ 27/8)

Result: Average length of time to do a Blood test (minutes) was: 18,1; biochemistry test: 39,4; immunoassay test: 59,8; microbiology test: 58,4; coagulation test: 29,4; urine test: 29,9. Faster than 2019 reached: 40,6%; 30,3%; 8,1%; 21,2%; 34,2% and 25,1%, respectively. Finally, give some suggestion to adjust, improve the instruction sheet that specified the time to receive and return the test to the patient of outpatient area, and continue to evaluate patient satisfaction for the following years.

Conclusion: Average time to return laboratory test results in 2020 is faster than 2019 by: applying new software, sample receiving process improvement; employee's positive attitude and efficiency from the 2019 Quality Improvement Project.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay công tác nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế được đặt lên vị trí hàng đầu, trong đó việc làm hài lòng người bệnh là yếu tố không thể thiếu, là mối quan tâm của các cấp lãnh đạo. Theo báo cáo tổng kết năm 2017 và 3 tháng đầu năm 2018 của Bộ Y tế (BYT) tháng 5/2018 có kết luận: Một trong những nguyên nhân người bệnh không hài lòng khi đến bệnh viện khám và điều trị thì có đến 70% liên quan tới việc phải chờ đợi quá lâu.

Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương được hình thành từ năm 2001, với cơ sở vật chất rất khiêm tốn, sau hơn 15 năm hoạt động đã xuống cấp trầm trọng, mọi hoạt động trong phòng Xét nghiệm đều được thực hiện thủ công với trang thiết bị rất thô sơ. Trong vài năm qua, số lượng bệnh viện, phòng khám khu vực bán kính 5 km, xung quanh bệnh viện đã tăng thêm 3 cơ sở làm tăng thêm áp lực cạnh tranh.

Sau khi gia nhập Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ, thách thức lớn nhất đối với khoa Xét nghiệm là làm thế nào để đảm bảo nâng cao chất lượng Xét nghiệm theo quy định, đáp ứng yêu cầu của lâm sàng cũng như phải rút ngắn thời gian chờ đợi khám của người bệnh (Thời gian chờ kết quả xét nghiệm chiếm phần lớn trong thời gian chờ đợi khám chung). Đồng thời tiếp tục thực hiện đề án cải tiến chất lượng liên tục “Rút ngắn thời gian trả kết quả Xét nghiệm năm 2019 “Với tiêu chí giảm thời gian chờ đợi, tăng sự hài lòng của người bệnh; Khoa Xét nghiệm tiến hành “Đánh giá hiệu quả thời gian thực hiện xét nghiệm năm 2020 với kết quả thời gian đạt được của năm 2019.

Mục tiêu

- So sánh thời gian trả kết quả xét nghiệm năm 2020 với năm 2019.

- Đưa ra một số đề xuất sau cải tiến chất lượng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đến khám ở tất cả các phòng khám Nội; Nhi; Ngoại; Sản và chuyên khoa tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương có chỉ định thực hiện từ 1 đến 2 xét nghiệm trong các lĩnh vực Huyết học; Sinh hóa; Miễn dịch; Đông máu; Vi sinh; Nước tiểu trong tháng 8 của năm 2019 và năm 2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang
- Thống kê số liệu + Đo thời gian trực tiếp cập nhật phần mềm Excel tính toán.
+ Thống kê số liệu qua dữ liệu phần mềm Labconn.

3. Phạm vi nghiên cứu

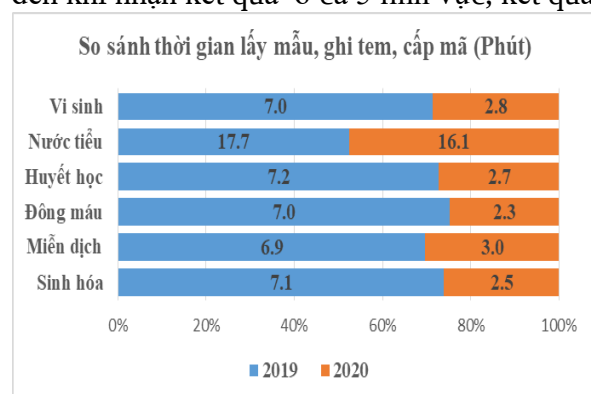
Để thống kê đảm bảo tính khách quan, mẫu được lựa chọn khảo sát ngẫu nhiên phải lớn hơn mức tối thiểu sẽ xác định sau đây.

Mỗi ngày, người bệnh đến lấy mẫu tại Khoa Xét nghiệm trung bình khoảng 80 đến 100 người. Như vậy, trong 31 ngày, tổng số

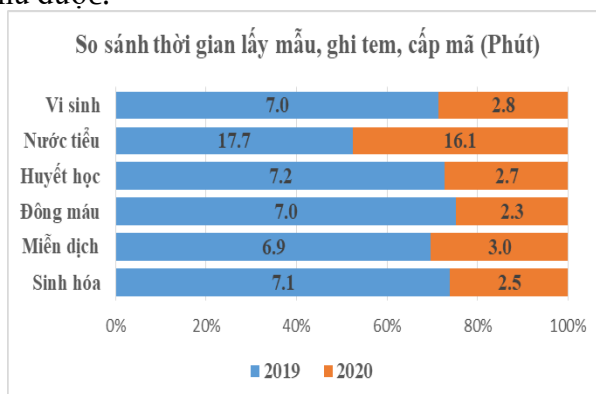
người bệnh thực hiện xét nghiệm rơi vào khoảng 2500 đến 3100 người. Tham khảo TCVN 4441:2009 – Phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên dạng đơn chiếc và TCVN 8243-1:2018 – Quy trình lấy mẫu kiểm tra định lượng, ta có: Trong năm 2019, tổng số người bệnh được khảo sát là 220, phân bố trong 6 ngày: 16, 18, 19, 20, 21, 24 tháng 8; tương ứng với năm 2020 là 245 người bệnh phân bố trong 7 ngày 17, 18, 19, 21, 24, 26, 27 tháng 8. (Số lượng này đảm bảo với tiêu chí đã nêu trước đó).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

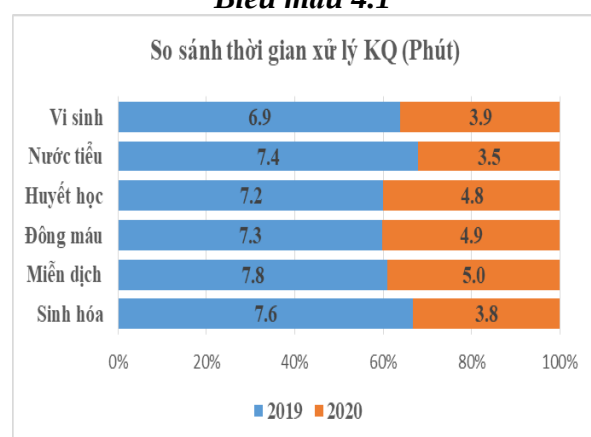
So sánh thời gian của quá trình xét nghiệm từ khi người bệnh đến phòng xét nghiệm cho đến khi nhận kết quả ở cả 5 lĩnh vực, kết quả thu được.



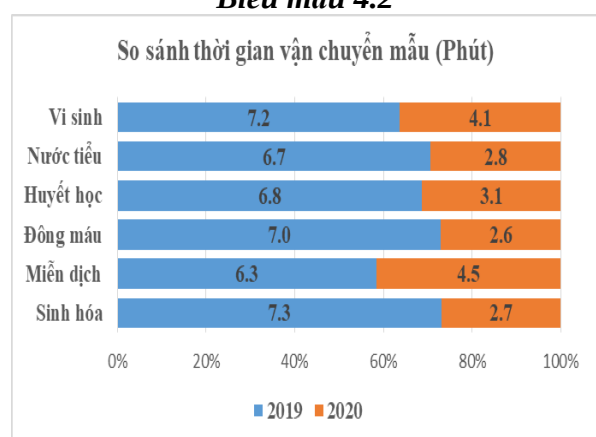
Biểu mẫu 4.1



Biểu mẫu 4.2

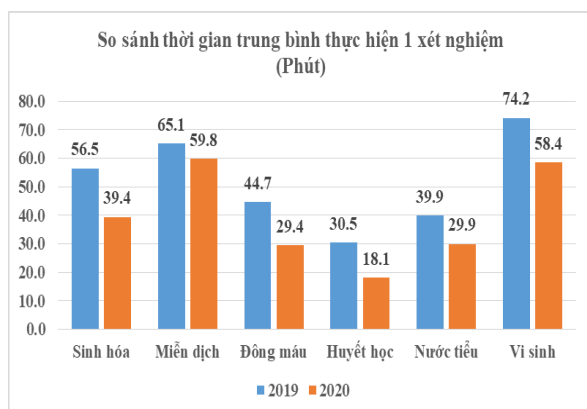


Biểu đồ 4.3

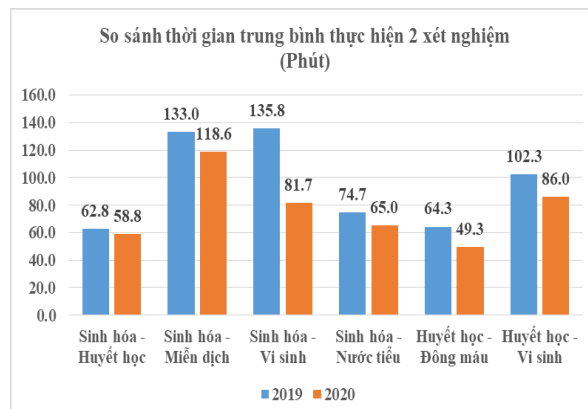


Biểu đồ 4.4

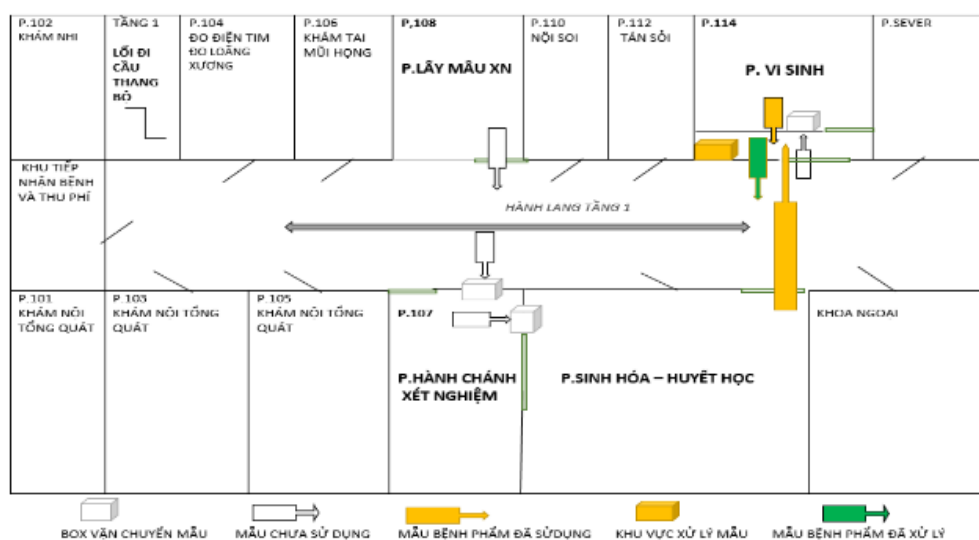
CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CỦA TẬP ĐOÀN Y KHOA HOÀN MỸ 2020



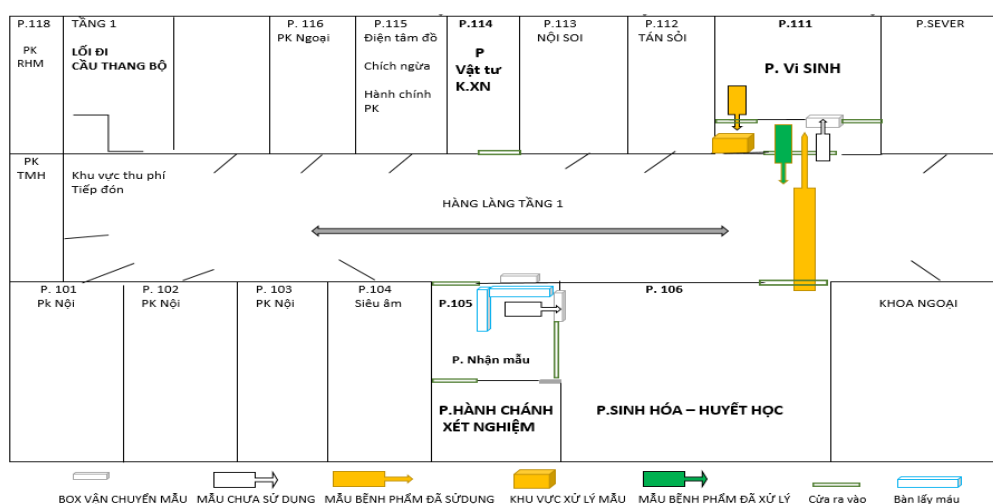
Biểu đồ 4.5



Biểu đồ 4.6



Hình 4.7: Sơ đồ vận chuyển mẫu 2019



Hình 4.8: Sơ đồ vận chuyển mẫu 2020

IV. BÀN LUẬN

Trong biểu đồ 4.1 Thời gian chờ lấy mẫu đã được rút ngắn, nhờ năm 2020 bệnh viện đã tăng cường thêm 1 khu vực lấy máu VIP, đảm bảo người bệnh không phải chờ đợi khi đến xét nghiệm. Biểu đồ 4.2: Kết quả đạt được, từ việc áp dụng phần mềm mới cho phép cấp mã code, cập nhật thủ tục hành chính, cập nhật chỉ định xét nghiệm tự động. Biểu đồ 4.3 Thời gian vận chuyển mẫu được cải thiện rõ rệt nhờ thay đổi vị trí lấy máu từ phòng 108 sang phòng 105, rút ngắn khoảng cách vận chuyển mẫu. Ở biểu đồ 4.4 Kết quả đạt được từ việc áp dụng phần mềm mới Labconn, kết nối 2 chiều giữa phần mềm HIS, LIS, cho phép đổ kết quả xét nghiệm tự động... Biểu đồ 4.5 Ta thấy trong cả 2 năm với thực hiện 1 kỹ thuật ta thấy số lượng các xét nghiệm có thời gian theo quy định là 60 phút chiếm đa số, năm 2020 cải thiện khá rõ ở tỷ lệ các xét nghiệm được thực hiện dưới 45 phút Biểu đồ 4.6. Khi thực hiện 2 kỹ thuật trở lên, thì năm 2019 số lượng xét nghiệm có thời gian dưới 90 phút chiếm hơn 90%, nhưng tỷ lệ xét nghiệm có thời gian dưới 50 phút chỉ chiếm 26,9 %. Trong khi đó năm 2020 số lượng xét nghiệm có thời gian dưới 50 phút chiếm 64,9 % cho thấy khả năng phối hợp thực hiện các xét nghiệm đã được cải thiện

V. KẾT LUẬN

5.1 So sánh thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình (phút).

- Thời gian trả kết quả trung bình của 1 kỹ thuật xét nghiệm trong năm 2020 như sau và hiệu quả cải thiện so với 2019 lần lượt là: Huyết học: 18,1(40.6%); Sinh hóa: 39,4 (30.3%) Miễn dịch: 59,8 (8.1%); Vi sinh:

58,4 (21.2%); Đông máu: 29,4 (34.2%); Nước tiểu: 29,9 (25.1),

- Thời gian trung bình (phút) trả kết quả Xét nghiệm từ 2 kỹ thuật xét nghiệm phối hợp trong năm 2020 như sau: Huyết học – Sinh hóa: 58,8; Sinh hóa – Miễn dịch: 118,6; Sinh hóa – Vi sinh: 81,7; Sinh hóa – Nước tiểu: 65,0; Huyết học – Đông máu: 49,3; Huyết học – Vi sinh: 86,0, cải thiện hơn so với trước khi có cải tiến lần lượt là: 6,4%; 10,8%; 39,8%; 13,0%; 23,3% và 15,9%.

Để đạt được hiệu quả trên là do cán bộ viên chức trong khoa đã luôn đoàn kết, làm việc với thái độ tích cực, luôn học hỏi trao đổi nâng cao kiến thức chuyên môn, do việc thực hiện tốt đề án cải tiến chất lượng năm 2019: Áp dụng phần mềm mới Labconn, kết nối giữa phần mềm HIS, LIS cho phép cấp mã code, nhập chỉ định, ra kết quả xét nghiệm tự động, đồng thời năm 2020 khoa Xét nghiệm đã triển khai thêm 1 phòng lấy mẫu VIP cũng như thay đổi vị trí phòng nhận mẫu từ phòng 108 sang 105. Giúp giảm quy trình nhận mẫu từ 12 bước xuống còn 9 bước đảm bảo độ chính xác cùng tốc độ hoàn thành công việc nhanh hơn.

5.2 Đề xuất

- Điều chỉnh “Quy định thời gian nhận mẫu trả kết quả” khu vực ngoại trú.

- Tiếp tục tiến hành đánh giá thời gian trả kết quả cho bệnh nhân nội trú.

- Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, nhằm tìm ra những vấn đề người bệnh quan tâm trong thời gian tới đối với khoa xét nghiệm cũng như Bệnh viện.

Đây là lần đầu tiên Khoa Xét nghiệm - Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương thực hiện nghiên cứu đánh giá thời gian trả kết quả Xét

nghiệm khu vực ngoại trú; xác định những bước chưa thực sự hợp lý trong quy trình Xét nghiệm, từ đó chủ động nâng cao hiệu quả công việc, tăng sự hài lòng của người bệnh, đồng thời tiếp tục theo dõi việc duy trì kết quả đã thu được. Đảm bảo thực hiện đúng phương châm mà khoa phòng đã cam kết đó là thực hiện xét nghiệm: **Chính xác – Hiệu quả và không để người bệnh chờ đợi lâu**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013)**, Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/04/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Bộ Y tế (2013)**, Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện, Thông tư 19/2013/TT-BYT ban hành ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế.
3. **Bộ Y tế (2018)**, Giải pháp giảm thời gian chờ khám và chữa bệnh của BHYT năm 2018, Bộ Y tế.
4. **Bệnh viện Diên Khánh (2016)**, Khảo sát thời gian chờ khám của bệnh viện Diên Khánh năm 2016, Khánh Hòa.
5. **Bệnh viện Trung Vương (2017)**, Bước đầu đánh giá đề án cải tiến thời gian chờ khám chữa bệnh ngoại trú bệnh viện Trung Vương 2017, Sở Y tế TPCHM.
6. **Bệnh viện Trung ương Cần Thơ (2018)**, Đề án rút ngắn thời gian trả kết quả xét nghiệm và cải tiến chất lượng khám chữa bệnh tại BV trung ương Cần Thơ năm 2018, Sở Y tế Cần Thơ.
7. **Nguyễn Minh Quân (2019)**, Thực trạng và mô hình cải thiện nâng cao quản lý chất lượng của bệnh viện Thủ Đức năm 2019, Đại học Y Dược Huế
8. **Viện Tiêu chuẩn Chất lượng Việt Nam (2009)**, TCVN 4441:2009 – Phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên dạng đơn chiếc. Tổng cục Tiêu chuẩn Đo lường Chất lượng, Hà Nội.
9. **Viện Tiêu chuẩn Chất lượng Việt Nam (2018)**, TCVN 8243-1:2018 – Quy trình lấy mẫu kiểm tra định lượng. Tổng cục Tiêu chuẩn Đo lường Chất lượng, Hà Nội.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG TIÊU THỤ KHÁNG SINH VÀ KHẢO SÁT HIỆU QUẢ - CHI PHÍ GIỮA CIPROFLOXACIN THUỐC GENERIC VÀ BIỆT DƯỢC GỐC TIÊM TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG TIỂU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ SÀI GÒN

Bùi Thị Phương Trang*, Phan Thị Khánh Ngọc*,
Phạm Hoài Thanh Vân*, Đỗ Khánh Thiện, Trần Nhật Phê*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá lượng tiêu thụ kháng sinh (KS) và khảo sát hiệu quả - chi phí giữa Ciprofloxacin (CP) hàng Brand (B) và Generic (G) đường tiêm trong điều trị Nhiễm trùng tiểu (NTT) tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn (BVHMSG)

Phương pháp: Dữ liệu KS trong 6 tháng đầu năm 2020 được phân tích theo phương pháp ATC/DDD với đơn vị Liều xác định trong ngày (DDD)/100 ngày giường. Ngoài ra, nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của những người bệnh (NB) được chẩn đoán nhiễm trùng tiểu (NTT), điều trị bằng CP đường tiêm từ 7/2019 đến 6/2020. Hiệu quả điều trị và chi phí liên quan nhiễm trùng được so sánh giữa hai nhóm.

Kết quả: Lượng tiêu thụ KS toàn viện là 118.36 DDD/100 ngày giường và sử dụng nhiều nhất là Cephalosporin, Fluoroquinolon, Carbapenem. Khoa HSCC, khoa ngoại tổng hợp, khoa tiêu hóa là các đơn vị có mức sử dụng cao nhất. Trong tổng số 78 HSBA, có 5 trường hợp được đánh giá là thất bại với tỉ lệ tương đương giữa 2 nhóm (7.9% - Generic và 5.0% - Brand)

($p > 0.05$); trong khi đó, chi phí liên quan đến nhiễm trùng của trong 1 đợt nằm viện ở nhóm sử dụng hàng Generic thấp hơn so với nhóm sử dụng hàng Brand (10.5 triệu so với 13.7 triệu) ($p < 0.05$)

Kết luận: KS “dữ trữ” Carbapenem chiếm tỉ trọng cao trong mô hình KS của BV, cần cân nhắc tính hợp lý sử dụng. Kết quả nghiên cứu gợi ý phương án sử dụng CP hàng G có ưu thế về chi phí – hiệu quả hơn trong điều trị NTT.

Từ khóa: DDD, kháng sinh, Ciprofloxacin (CP), Brand (B), Generic (G), NTT.

SUMMARY

INVESTIGATION OF ANTIBIOTIC CONSUMPTION AND COST-EFFICIENT IMPACT OF GENERIC VERSUS BRAND NAME CIPROFLOXACIN IN THE TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS AT HOAN MY SAI GON HOSPITAL

Objective: The aim of this study was to evaluate in - house antibiotic use. In addition, we determined the clinical outcome and economic impact of generic (G) and brand name (B) ciprofloxacin (CP) in the treatment of urinary tract infections (UTIs).

Methods: The data on antibiotics consumption from January to June 2020 at Hoan My Sai Gon hospital were analyzed using ATC/DDD methodology, with DDD/100 bed days (BD) as a unit measurement. Furthermore, a

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Phương Trang
Email: phuongtranglx96@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

cross - sectional study was conducted on medical records of inpatients, diagnosed with urinary tract infections and received CP injection from July 2019 to June 2020. Treatment outcomes and total infection costs were compared between the two groups.

Results: The average consumption of antibiotics was 118.36 DDD/100 BD. The most prescribed antibiotics were cephalosporin, fluoroquinolone and carbapenem. Department of ICU, general surgery and gastroenterology are units with the highest usage. A total of 78 patient records, including 5 cases of treatment failure. There was no significance among 2 groups (3 cases (7.9%) - Generic and 2 cases (5.0%) - Brand) ($p > 0.05$), while infection cost of a hospital stay in the Generic group was lower (10.5 million vs. 13.7 million) ($p < 0.05$).

Conclusion: Carbapenem (the reserved antibiotic group) accounting for a high rate of antibiotic consumption should be properly chosen for severe infections. Findings reveal that Generic Ciprofloxacin is more cost-effective than Brand-name counterpart.

Key words: DDD, Antibiotic, Ciprofloxacin, Brand, Generic (G), UTIs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc generic mang lại lợi ích cho NB khi làm giảm chi phí điều trị, tăng tuân thủ và cải thiện kết quả điều trị⁷. Nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam đã có những chính sách khuyến khích sử dụng thuốc Generic. Ngoài ra, nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NTT) là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến với gánh nặng tài chính đáng kể và sự gia tăng tỷ lệ đề kháng vi khuẩn. Từ đó, chúng tôi tiến hành phân tích thực trạng tiêu thụ KS và khảo sát hiệu quả - chi phí giữa CP hàng B và G đường tiêm trong điều trị NTT. Kết quả có thể có giá trị đối với các bác sĩ lâm sàng và hội đồng thuốc điều trị trong hoạch định chính sách liên quan đến việc sử dụng KS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phân tích thực trạng tiêu thụ kháng sinh: nghiên cứu hồi cứu phân tích định lượng dựa trên số liều DDD/100 ngày giường của KS sử dụng tại Khoa lâm sàng và toàn viện theo từng tháng từ tháng 1 – 6/2020 được lưu trữ trong phần mềm quản lí. Chỉ số DDD/100 ngày được tính như sau:

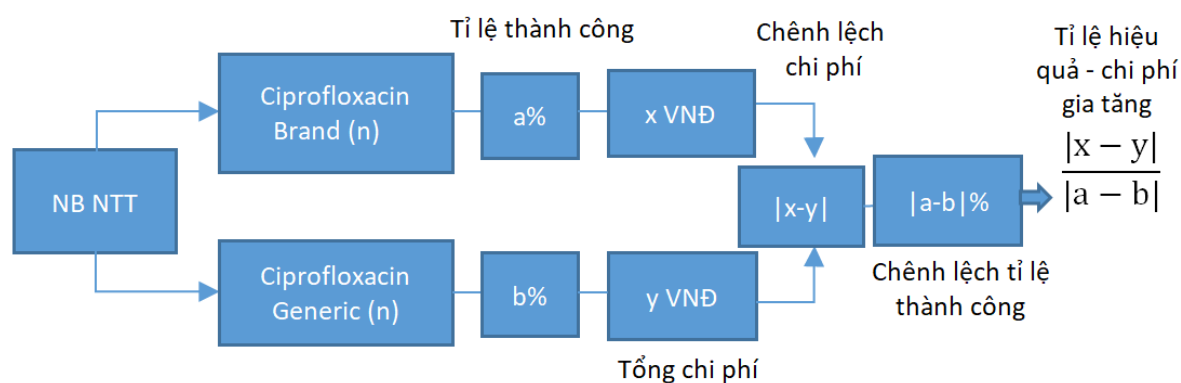
$$\text{DDD/100 ngày giường} = (\text{Tổng số gram sử dụng} \times 100) / (\text{DDD} \times \text{số ngày nằm viện})$$

Khảo sát chi phí - chi phí: được thiết kế là phương pháp hồi cứu mô tả, không can thiệp và phân tích chi phí – hiệu quả CEA (cost – effectiveness analysis).

Tiêu chuẩn lựa chọn là những hồ sơ bệnh án (HSBA) nội trú truy cập được từ 1/7/2019 đến 30/6/2020 của NB từ 18 - 65 tuổi nhập viện vì NTT và sử dụng CP hàng G hoặc B trong vòng ít nhất 1 ngày. Những HSBA của NB có thời gian nằm viện ít hơn 3 ngày; có tiến hành phẫu thuật/ thủ thuật trên đường tiết niệu; có một nhiễm trùng nguyên phát chưa được kiểm soát; độ thanh thải Creatinin dưới 30 ml/phút hoặc không có dữ liệu về cận lâm sàng (CLS) sẽ được loại trừ. Đánh giá hiệu quả điều trị NTT dựa trên kết cục lâm sàng của quá trình điều trị. Điều trị được xem là thất bại nếu NB tái nhập viện trong vòng 72 giờ do NTT, thay đổi liệu pháp điều trị KS, xuất hiện nhiễm trùng thứ phát liên quan đến NTT hoặc xuất viện với đánh giá quá trình điều trị từ bác sĩ lâm sàng là Không thay đổi/ Nặng hơn/ Tử vong. Thu thập dữ liệu về thời gian điều trị và tỉ lệ cải thiện các chỉ số liên quan nhiễm trùng. Các chi phí liên quan đến NTT được tính bao gồm: chi phí KS, chi phí khám, chi phí xét nghiệm, chi phí ngày giường (bỏ qua các chi phí gián tiếp, chi phí ngoài y tế...). Hệ số ICER trong nghiên cứu được định nghĩa là chi phí cho 1

đợt nhập viện khi chuyển đổi từ CP hàng B sang G để có thêm một đơn vị hiệu quả (điều trị thành công) (Hình 1).

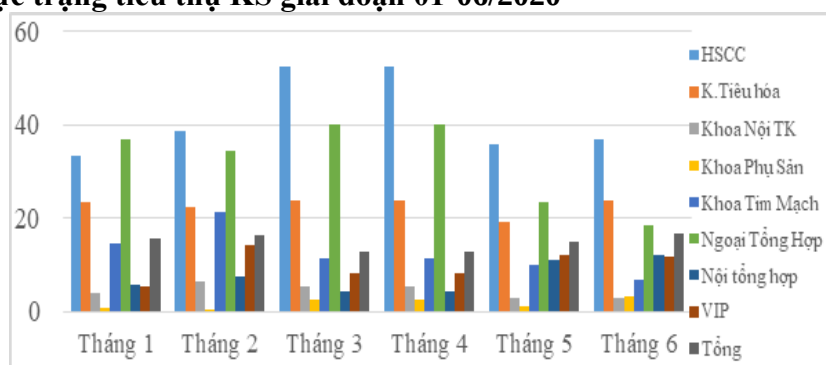
Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học bằng phần mềm MS Excel 2013 và IBM SPSS Statistics 22.



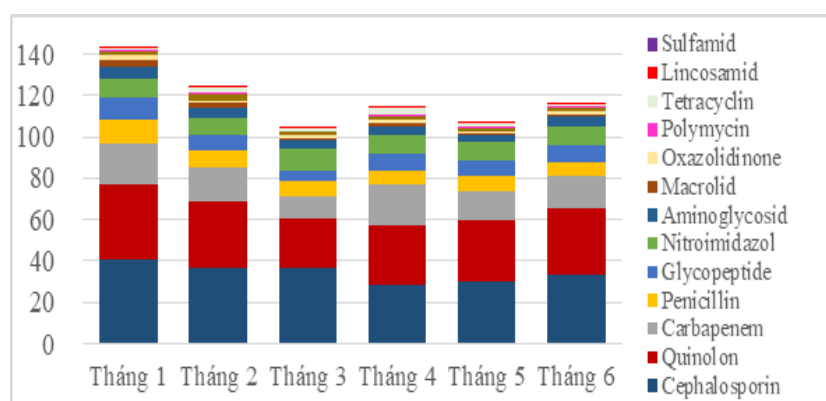
Hình 1. Mô hình cây quyết định hiệu quả chi phí

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

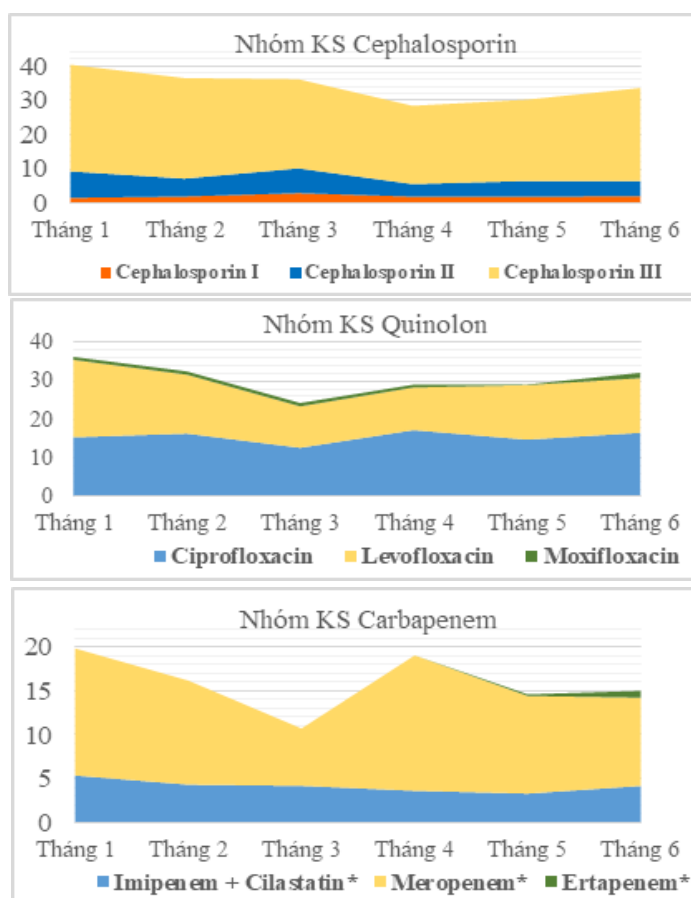
Phân tích thực trạng tiêu thụ KS giai đoạn 01-06/2020



Hình 4: Mức độ và xu hướng tiêu thụ KS các khoa lâm sàng



Hình 2: Tình hình tiêu thụ các nhóm



Hình 3: Mức độ và xu hướng tiêu thụ phân nhóm KS

Trong giai đoạn 01 – 06/2020, mức tiêu thụ các nhóm KS giảm nhẹ. Mức độ tiêu thụ KS thấp nhất rơi vào tháng 3 (giảm 27.14% so với tháng 1). Các KS được sử dụng phổ biến nhất tại bệnh viện là Cephalosporin (28.91%), Fluoroquinolon (25.89%) và Carbapenem (13.42%). Nhóm Penicillin, Glycopeptide, Nitroimidazol chiếm tỉ lệ dao động từ 6.75% – 7.64%. Các nhóm KS còn lại được tiêu thụ với một tỉ trọng nhỏ (< 5%). Mức tiêu thụ của Carbapenem chiếm tỉ lệ cao, trong khi đây là nhóm KS cho nhiễm trùng nặng (Hình 2).

Trong nhóm Cephalosporin, thế hệ III có mức tiêu thụ chiếm khoảng 80%. Cụ thể, DDD/100 ngày giường của Ceftriaxon,

Ceftazidim, Cefoperazon/sulbactam, Cefixim, Cefpodoxim và Cefotaxim lần lượt là 19.52, 7.89, 3.14, 0.34, 0.1, 0.06 (t1) và 21.18, 3.37, 2.41, 0.14, 0.01, 0.0 (t6). Tiếp theo, các Cephalosporin II được sử dụng với mức độ đáng kể (15 – 20%) và đang có xu hướng giảm. Trong khi đó các Cephalosporin I và IV được sử dụng rất ít. Trong nhóm Quinolon, CP và Levofloxacin có mức độ sử dụng cao nhất. Trong nhóm Carbapenem, Meropenem là KS được sử dụng nhiều nhất, trong khi đó Imipenem chiếm tỷ lệ thấp hơn và có xu hướng giảm theo thời gian. Ertapenem chiếm tỉ lệ tiêu thụ không đáng kể và chỉ được dùng vào tháng 5 và 6. (Hình 3)

Bảng 1: Khảo sát đặc điểm của NB

CP		G (n =38)		B (n=40)		p
Tuổi		42 (29 – 54.25)		42.5 (30.25 - 56)		0.642
Giới	Nam	15	39.5%	6	15%	0.015
	Nữ	23	60.5%	34	85%	
Đái tháo đường	Có	6	15.8%	11	27.5%	0.211
	Không	32	84.2%	29	72.5%	

Bảng 2: Hiệu quả điều trị

CP	G		B		p
Thành công	35	92.1%	38	95.0%	0.475
Không thành công	3	7.9%	2	5.0 %	
Số ngày nằm viện	4 (3 - 6)		5 (4 - 5)		0.109
Số ngày sử dụng KS	3 (2 - 5)		4 (3 - 5)		0.036

Về mức độ và xu hướng tiêu thụ KS tại khoa lâm sàng, khoa hồi sức và ngoại tổng hợp là 2 khoa tiêu thụ KS nhiều nhất, gấp lần lượt khoảng 2 và 3 lần toàn viện. Kế đến là khoa tiêu hóa và tim mạch. Khoa nội thần kinh và phụ sản là hai khoa tiêu thụ KS ít nhất. (Hình 4)

Bảng 3: Chỉ số cận lâm sàng liên quan

Bảng 3: Chỉ số cận lâm sàng trên quần

Chỉ số			G		B		p
Trước khi điều trị							
Leu - WBC (10 ⁹ /L)			15.7 (13.0 - 16.9) (n = 35)		13.15 (11.60 - 16.18) (n = 38)		0.189
Neutrophil (10 ⁹ /L)			11.8 (9.72 - 14.1) (n = 35)		10.45 (8.61 - 13.63) (n = 38)		0.359
Lympho (10 ⁹ /L)			2.03 (1.28 - 2.90) (n = 35)		1.81 (1.11 - 2.16) (n = 38)		0.055
CRP (mg/l)			20.63 (1.83 - 54.71) (n = 30)		91.91 (27.10 - 135.39) (n = 38)		0.001
Nước tiểu	Leu/ 1 μL	0	9	26.47%	1	6.67%	> 0.05
		25	3	8.82%	9	22.22%	
		100	2	5.88%	5	13.33%	
		500	20	58.82%	22	57.78%	
	Nit (+)		4 (11.8%)		9 (24.3%)		0.172
Sau khi điều trị							
Leu - WBC (10 ⁹ /L)			8.50 (6.05 - 11.20) (n = 25)		7.79 (6.82 - 9.05) (n = 36)		0.587
Neutrophil (10 ⁹ /L)			4.68 (3.20 - 6.83) (n = 25)		4.34 (3.48 - 5.26) (n = 36)		0.468
Lympho (10 ⁹ /L)			2.5 (2.17 - 3.01)		2.14 (1.70 - 2.60)		0.008

			(n = 25)	(n = 36)	
CRP (mg/l)			18.15 (15.00 - 33.13) (n = 19)	46.95 (26.12 - 65.36) (n = 29)	0.008
Nước tiểu	Leu/1 μ L	0	4 (100%)	8 (80%)	>0.05
		25	0 (0%)	2 (20%)	
	Nit (+)		0 (100%)	0 (100%)	

Khảo sát hiệu quả - chi phí giữa giữa Ciprofloxacin hàng Generic và Brand name đường tiêm

Bảng 4: Mức độ giảm các chỉ số

Leu - WBC (10 ⁹ /L)	49.70% (31.93 - 58.54) (n = 25)	< 0.01	41.01% (31.74 - 52.10) (n = 36)	< 0.01	0.213
Neutrophil (10 ⁹ /L)	62.07% (46.61 - 72.49) (n = 25)	< 0.01	58.79% (40.76 - 65.98) (n = 26)	< 0.01	0.379
CRP (mg/l)	30.68% (-12.3 - 72.93) (n = 17)	< 0.01	59.653% (27.96 - 76.86) (n = 28)	< 0.01	0.337

Từ 01/07/2019 đến 30/06/2020, nhóm nghiên cứu đã thu thập được 78 bệnh án có mã ICD10: J39, tương ứng với chẩn đoán NTT thỏa mãn các tiêu chuẩn. Trong đó, 38 HSBA sử dụng CP B phối hợp Cephalosporin III tiêm và 40 HSBA sử dụng CP G phối hợp Cephalosporin III tiêm. NB trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi tương đương giữa 2 nhóm và NB Nữ chiếm đa số (73%). Có 21.8% NB có bệnh lý mắc kèm (ĐTĐ) với tỉ lệ G và B lần lượt: 15.8% và 27.5% ($p > 0.05$). (Bảng 1)

Bảng 5: Chi phí điều trị

Chi phí (VNĐ)	G	B	p
Chi phí CP	1,661,181 $\pm$ 1,071,021	3,142,553 $\pm$ 1,376,482	< 0.01
Chi phí KS	2,469,434 (1,645,907 - 4,653,220)	4,340,495 (3,190,837 - 5,717,868)	< 0.01
Chi phí do NTT	10,498,300 (7,405,685 - 14,823,623)	13,695,958 (10,215,348 - 17,533,841)	0.046

Tỉ lệ điều trị không thành công với phối hợp CP là 6.4%. Cụ thể, 3 NB ở nhóm sử dụng G (7.9%) và 2 NB ở nhóm sử dụng B (5.0%) phải chuyển phác đồ khác ($p > 0.05$). Điều này gợi ý sử dụng CP B cho hiệu quả không khác biệt so với G. Ngoài ra, thời gian nằm viện của nhóm sử dụng G là 4 ngày và nhóm sử dụng B là 5 ngày ($p > 0.05$). Về

thời gian sử dụng, nhóm sử dụng G và B lần lượt là 3 và 4 ngày. (Bảng 2)

Trước khi điều trị, các xét nghiệm máu liên quan đến NTT đều có xu hướng tăng cao (trừ giá trị Lym), không khác biệt giữa hai nhóm. Về xét nghiệm định lượng Protein phản ứng C máu (CRP), nhóm NB sử dụng B có trung vị 91.91 mg/dL, cao hơn có ý nghĩa

thống kê so với nhóm sử dụng G có trung vị là 20.63 mg/dL. Số NB có kết quả xét nghiệm nước tiểu có trên 500 bạch cầu/ 1 μ L chiếm tỉ lệ 58.82% nhóm G và 57.78% nhóm B. Ngoài ra, chỉ có 11.8% NB thuộc nhóm G và 24.3% NB thuộc nhóm B có kết quả Nitrit (+) ($p > 0.05$). (Bảng 3)

Sau khi điều trị, các xét nghiệm máu liên quan đến NTT đều có xu hướng giảm về khoảng giá trị bình thường. Nhóm NB sử dụng B có xét nghiệm CRP máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng G ($p < 0.05$). Về kết quả xét nghiệm nước tiểu, các NB ở cả 2 nhóm không còn hoặc xuất hiện với lượng ít bạch cầu trong nước tiểu và có kết quả Nitrit (-). Các chỉ số CLS liên quan đến nhiễm trùng đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị. CP G và B đã giảm lần lượt 49.7% và 41.1% giá trị WBC; 62,07% và 58.79% giá trị Neutrophil so với trước khi điều trị. Chỉ số CRP giảm 30.68% đối với nhóm G và giảm 59.65% đối với nhóm B. Không khác biệt thống kê về mức độ giảm các chỉ số liên quan nhiễm trùng giữa 2 nhóm ($p > 0.05$). (Bảng 4)

Chi phí thuốc CP cho mỗi đợt nhập viện ở nhóm NB dùng G thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B (1.66 triệu so với 3.14 triệu), kết quả tương tự ở chi phí kháng sinh (2.47 triệu so với 4.34 triệu). Chi phí liên quan nhiễm trùng trong 1 đợt nằm viện ở nhóm G thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B (10.5 triệu so với 13.7 triệu). (Bảng 5)

IV. BÀN LUẬN

Phân tích thực trạng tiêu thụ KS giai đoạn 01/2020 – 06/2020

Nhìn chung, bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn không phải đơn vị tiêu thụ nhiều KS so với các bệnh viện lớn trong nước với lượng tiêu thụ KS toàn viện giai đoạn tháng 1 – 6/2020 là 118.36 DDD/100 ngày giường². Ngược lại, lượng tiêu thụ KS tại các bệnh viện ở

một số nước thấp hơn như Hà Lan năm 2015 với DDD/100 ngày giường 78,5⁴. Trên qui mô toàn viện, 3 nhóm KS được sử dụng chủ yếu là Cephalosporin, Fluoroquinolon và Carbapenem. Đây cũng là các nhóm KS được sử dụng nhiều nhất tại nhiều bệnh viện của Việt Nam và trên thế giới³. Trong nhóm Cephalosporin, Cephalosporin III có mức tiêu thụ chiếm gần 80% và có xu hướng ổn định; các Cephalosporin II chiếm 15 – 20% và có xu hướng tiêu thụ giảm dần trong khi nhóm Cephalosporin I và IV được tiêu thụ không đáng kể, kết quả tương tự với nghiên cứu trước đó⁴. Quinolon là nhóm KS có mức độ tiêu thụ cao thứ 2 với CP và Levofloxacin chiếm tỉ lệ cao và có xu hướng tăng. Tỉ lệ sử dụng Carbapenem cao nhất ở khoa HSCC với Meropenem chiếm tỉ lệ cao vượt trội so với 2 KS còn lại, cao hơn so với một số nghiên cứu khác¹. Lượng tiêu thụ Carbapenem phản ánh xu hướng lựa chọn các thuốc này đầu tay do mức độ phức tạp của nhiễm trùng. Có sự khác nhau rõ rệt về mức độ sử dụng KS giữa các khoa lâm sàng. Khoa đứng đầu tiêu thụ KS toàn viện khoa là HSCC nhưng đang có xu hướng giảm nhẹ.

Khảo sát hiệu quả - chi phí giữa Ciprofloxacin hàng Generic và Brand name đường tiêm

Nghiên cứu giới hạn độ tuổi để đảm bảo sinh lý không ảnh hưởng đến các thông số dược động của thuốc. Ngoài ra, để loại bỏ yếu tố gây nhiễu, NB đang có một nhiễm trùng nguyên phát khác hoặc tiến hành phẫu thuật, thủ thuật trên đường tiết niệu,... được loại trừ. Thu thập dữ liệu về tỉ lệ mắc ĐTD giữa 2 nhóm vì ĐTD làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Về tỉ lệ giới tính, nữ giới có xu hướng mắc nhiễm trùng cao hơn nam giới, tương tự với nghiên cứu khác⁸, nguyên nhân đến từ một số yếu tố như: niệu đạo ngắn,

thăng; nhiễm mầm bệnh từ âm đạo, trực tràng và sự thiếu hụt estrogen.

Tỉ lệ điều trị thành công của nhóm sử dụng B là 95%, cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng G (92.1%). Sau thời gian điều trị, phần lớn các chỉ số CLS của NB đều được cải thiện rõ rệt, tương tự nhau giữa 2 nhóm. Hiệu quả tương đương cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Carlos (2015)⁶ khi tiến hành đánh giá tương đương bào chế, tương đương điều trị và tình trạng đề kháng của 5 loại CP G so với B. Yu-Shiuan Lin (2017)⁵ đánh giá về hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm NB mắc NTT điều trị bằng KS B và G cho kết quả điều trị thành công không khác biệt giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, tổng chi phí liên quan đến điều trị nhiễm trùng trong một đợt nhập viện của nhóm G thấp hơn B 3.2 triệu VNĐ ($p < 0.05$). Vì vậy, sử dụng phối hợp CP hàng G có ưu thế về chi phí – hiệu quả hơn so với B.

Hạn chế: Thứ nhất, số lượng mẫu trong nghiên cứu tương đối nhỏ và kém đồng nhất về một số yếu tố đầu vào dù đã lọc mẫu. Thứ hai, nghiên cứu lí tưởng hơn nếu đánh giá CP đơn độc, tuy nhiên, vì một số yếu tố như tình hình đề kháng, kinh nghiệm điều trị mà các bác sĩ chủ yếu sử dụng phối hợp giữa CP và Cephalosporin III (Ceftriaxon) trong hầu hết các trường hợp. Thứ ba, các nghiên cứu về chí phí - hiệu quả của KS có thể sử dụng các mô hình lý tưởng hơn và nhiều dữ liệu để đánh giá hiệu quả. Tuy nhiên trong điều kiện có hạn về thời gian và nhân lực, chúng tôi lựa chọn mô hình cây quyết định và các dữ liệu dễ truy cập. Vì vậy, tính chính xác và khả năng ngoại suy ra một quần thể lớn của nghiên cứu là không cao.

V. KẾT LUẬN

Lượng tiêu thụ KS toàn viện là 118.36

DDD/100 ngày giường. Kết cục điều trị tương đương giữa nhóm sử dụng CP G và B (7.9% - G và 5.0% - B), gợi ý cho việc sử dụng CP B cho hiệu quả điều trị không khác biệt so với G. Chênh lệch chi phí liên quan nhiễm trùng giữa 2 nhóm là 3.2 triệu VNĐ, gợi ý cho việc sử dụng CP G cho ưu thế về hiệu quả - chi phí hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hương Nguyễn Thu**, "Đánh giá tình hình sử dụng KS điều trị viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện đa khoa Đức Giang", luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2013
2. **Kính Nguyễn Văn**, "Phân tích thực trạng sử dụng KS và kháng KS ở Việt Nam", Global Antibiotic Resistance Partnership, 2010, tr.3 – 4
3. **GARP Việt Nam**, "Báo cáo sử dụng KS và kháng KS tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009", Dự án Hợp tác toàn cầu về kháng KS GARP Việt Nam và Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford, 2009.
4. **Akalin Serife (2015)**, Antimicrobial consumption at a university hospital in Turkey, Universitas Mataram
5. **Lin, Y. S., Jan, I. S., & Cheng, S. H.** Comparative analysis of the cost and effectiveness of G and B name antibiotics: the case of uncomplicated urinary tract infection. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 26(3), 2013, pp. 301-309.
6. **Rodriguez, C. A., Agudelo, M., Zuluaga, A. F., & Vesga, O.**, Impact on resistance of the use of therapeutically equivalent Gs: the case of CP. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 59(1), 2015, pp. 53-58.
7. **Shrank WH, Choudhry NK, Liberman JN, et al.** The use of Generic drugs in prevention of chronic disease is far more cost-effective than thought, and may save money. *Health Aff (Millwood)*, 30, 2011, pp. 1351–1357.
8. **Zielske JV, Brook RH, Goldberg GA.** Conceptualization and measurement of physiologic health for adults. *Urinary tract infection. The Rand Corporation*; 1981.

TÍNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ ĐỒNG NAI

Trần Văn Thuận*, Phí Thị Lệ Tân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm vi khuẩn và tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Quốc Tế Đồng Nai.

Phương pháp: 97 bệnh nhân người lớn mắc viêm phổi cộng đồng điều trị tại bệnh viện từ 09/2017 đến tháng 06/2018, có kết quả cấy đàm tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

Kết quả: Vi khuẩn gram dương chiếm 71% hay gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae* (62%), *Staphylococcus aureus* (6%), vi khuẩn gram âm chiếm 29% trong đó *Klebsiella pneumoniae* (19%), *E. coli* (5%), *Pseudomonas aeruginosa* (4%). *S.pneumoniae* nhạy Vancomycin, Cefepim, Amoxicillin. *S.Aureus* nhạy với Vancomycin, Amikacin. *K.pneumoniae* nhạy Cefoperazon/ sulbactam, Amikacin, Levofloxacin, Carbapenem. *E.coli* nhạy Amikacin, Cefoperazon/sulbactam, Piperacillin/ tazobactam, Carbapenem. *P.aeruginosa* nhạy Quinolon, Cefoperazon/ sulbactam, Amikacin, Carbapenem.

Kết luận: Vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae* hay gặp nhất. Các vi khuẩn đang gia tăng đề kháng kháng sinh.

Từ khóa: viêm phổi cộng đồng, vi khuẩn gây bệnh, đề kháng kháng sinh.

SUMMARY

ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF BACTERIA CAUSING COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT DONG NAI INTERNATIONAL HOSPITAL

Objective: investigation of bacterial characteristics and antibiotic resistance of bacteria that cause community acquired pneumonia.

Methods: 97 patients with community pneumonia treated at the hospital from September 2017 to June 2018, had positive sputum transplant results.

Results: Gram-positive bacteria accounted for 71% of which the most common was *S.pneumoniae* (62%), *S.aureus* (6%), gram-negative bacteria accounted for 29% of which was *K.pneumoniae* (19%), *E.coli* (5%). *P.aeruginosa* (4%). *S.pneumoniae* was sensitive to Vancomycin, Cefepim, Amoxicillin. *S.Aureus* was sensitive to Vancomycin, Amikacin. *K.pneumoniae* sensitive to Cefoperazon/sulbactam, Amikacin, Levofloxacin, Carbapenem. *E.coli* was sensitive to Amikacin, Carbapenem, Cefoperazon/ sulbactam, Piperacillin/ tazobactam, *P.aeruginosa* sensitive to Quinolon, Cefoperazon/ sulbactam, Amikacin, Carbapenem.

Conclusion: The most common strains was *S.pneumoniae*. Bacteria caused CAP increasing high antibiotic resistance.

Keywords: community acquired pneumonia, bacteria, antimicrobial resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là tình trạng nhiễm trùng cấp

*Bệnh viện Quốc Tế Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Phí Thị Lệ Tân

Email: tanptl@bvquocitedongnai.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

tính của nhu mô phổi mắc phải bên ngoài bệnh viện [4]. Đây là bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong trên thế giới [5]. Lựa chọn kháng sinh điều trị phụ thuộc vào loại tác nhân gây bệnh, tính nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn, các yếu tố nguy cơ và mức độ nặng của bệnh. Việc lạm dụng và sử dụng kháng sinh không hợp lý đang làm xuất hiện và lây lan nhanh chóng nhiều chủng vi khuẩn đề kháng kháng sinh tạo nên một mối nguy cơ đe dọa ngày càng nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Vì vậy, xác định tác nhân gây bệnh và tính nhạy cảm kháng sinh thực sự là cần thiết để định hướng lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý. Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định tác nhân gây viêm phổi thường gặp, tính đề kháng và nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn gây VPCĐ tại Bệnh viện Quốc Tế Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các bệnh nhân người lớn VPCĐ được chẩn đoán và điều trị nội trú tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai từ tháng 09/2017 đến tháng 06/2018, gồm 97 bệnh nhân với 49 nam và 48 nữ có kết quả cấy đàm tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu, cắt ngang. Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-P}{\varepsilon^2 P}$$

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2}$: Với độ tin cậy 95% thì $Z = 1,96$

P: tỷ lệ phân lập được vi khuẩn từ mẫu bệnh phẩm đờm dao động từ 40-70% tùy thuộc từng nghiên cứu [3] (trong nghiên cứu này với giả định là 40%) $\alpha = 0,05$; ε = độ chính xác tương đối (0,25)

Tính được cỡ mẫu $n = 93$, thực tế thu thập được 97 bệnh nhân phù hợp.

Xử lý mẫu bệnh phẩm

Bệnh phẩm là mẫu đàm được lấy bằng cách vỗ lưng và hướng dẫn bệnh nhân khạc đàm, hoặc hỗ trợ bằng cách cho bệnh nhân xông khí dung với NaCl 0,9% trước khạc đàm. Bệnh phẩm được đựng ở lọ nhựa trong và gửi ngay đến phòng xét nghiệm vi sinh. Mẫu đàm được chọn cấy khi đủ độ tin cậy: < 10 tế bào biểu bì, > 25 bạch cầu / quang trường (xem từ 20 – 30 quang trường, vật kính 10X). Bệnh phẩm được cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ bằng phương pháp khoan giấy. Chúng tôi không tiến hành xét nghiệm vi khuẩn không điển hình.

Xử lý số liệu và tính toán thống kê

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được thu thập số liệu theo một biểu mẫu thống nhất. Các số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được thể hiện ở các bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Căn nguyên gây VPMPCĐ trong nhóm đối tượng nghiên cứu

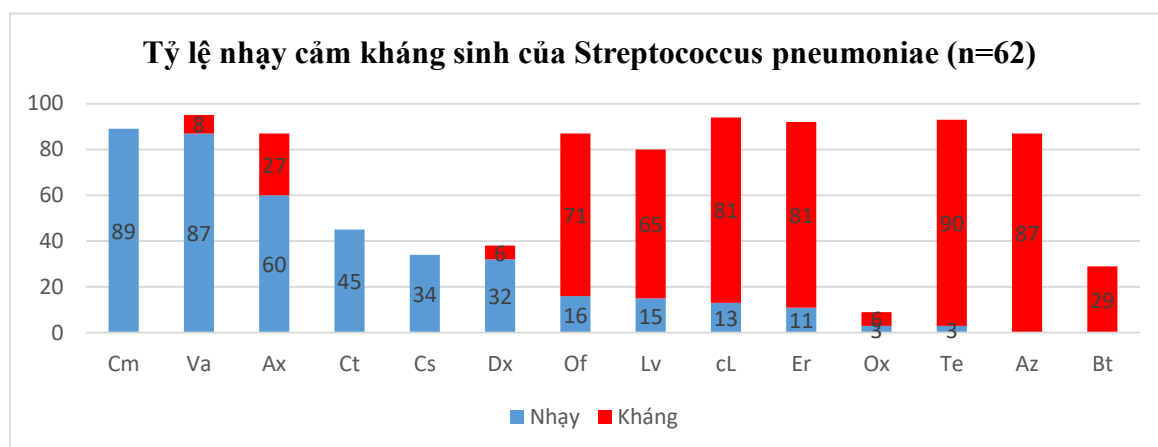
V K	S.pneumoni ae	K.pneumoni ae	S.aureu s	E.coli	Pseudomon as	Enterococ cus	Enterobact er
%	62%	19%	6%	5%	4%	3%	1%

NC chúng tôi: 71% là VK gram(+) trong đó hay gặp nhất là S.pneumoniae (62%),

S.aureus (6%, VK gram(-) chiếm 29% trong đó K.pneumoniae (19%), E.coli (5%),

Pseudomonas aeruginosa (4%). Tương tự với NC Lê Tiến Dũng và cs cao nhất là *S.pneumoniae* 50,6%, *P. aeruginosa* 16%, *A.baumannii* 14,8%, *Enterobacteria* 11,1% và *S.aureus* 7,4% [1]. Hay như Bùi Thị Hiền và cs *S.pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất 23,8%, sau đó *P.aeruginosa* 19,1%; *E.coli* 14,3%; *K.pneumoniae* 9,5%, *S.aureus* 4,76% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi lại khác với

NC Tạ Thị Diệu Ngân và cs: Tỷ lệ VK gram (+) chỉ chiếm 15%, VK gram (-) chiếm 41,9% trong đó *S.pneumoniae* 10%, *K.pneumoniae* 15%, *Acinobacter* 8,6% [3]. Có sự khác biệt là do đối tượng của các nghiên cứu khác nhau, bởi độ tuổi và tiền sử bệnh phổi có khả năng ảnh hưởng tới sự khác biệt về phân loại vi khuẩn [3].

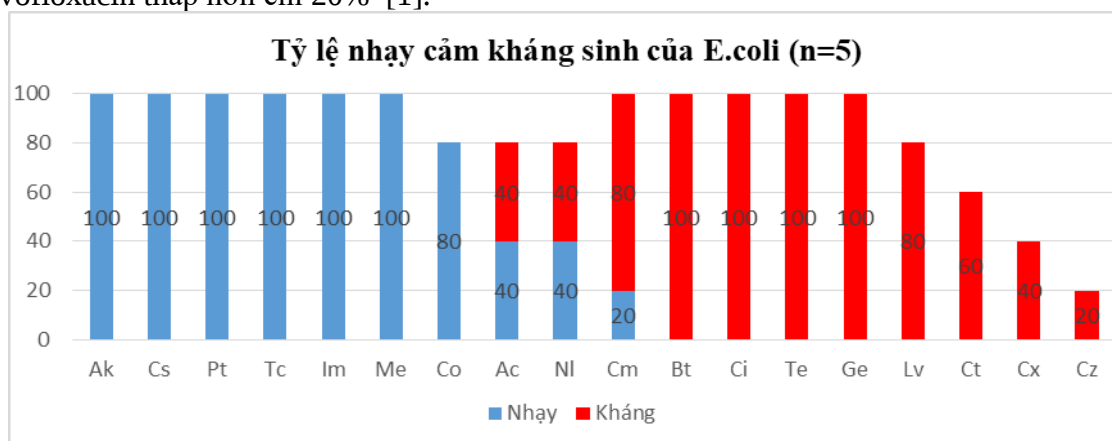


Biểu đồ 2. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của *Streptococcus pneumoniae*

NC chúng tôi: *Streptococcus pneumoniae* nhạy cao nhất với Cefepim (89%), Vancomycin (87%), Amoxicilin (60%), Cefotaxim (45%); vi khuẩn kháng cao với Tetracyclin (90%), Azithromycin (87%), Erythromycin (81%), và Levofloxacin (65%).

Tương tự NC Phạm Hùng Vân và cs: Tỷ lệ nhạy cao với Vancomycin (100%) và Amoxicillin (90%); kháng cao nhất với Macrolid (92%), Cefotaxim và Ceftriaxone (40%) [6].

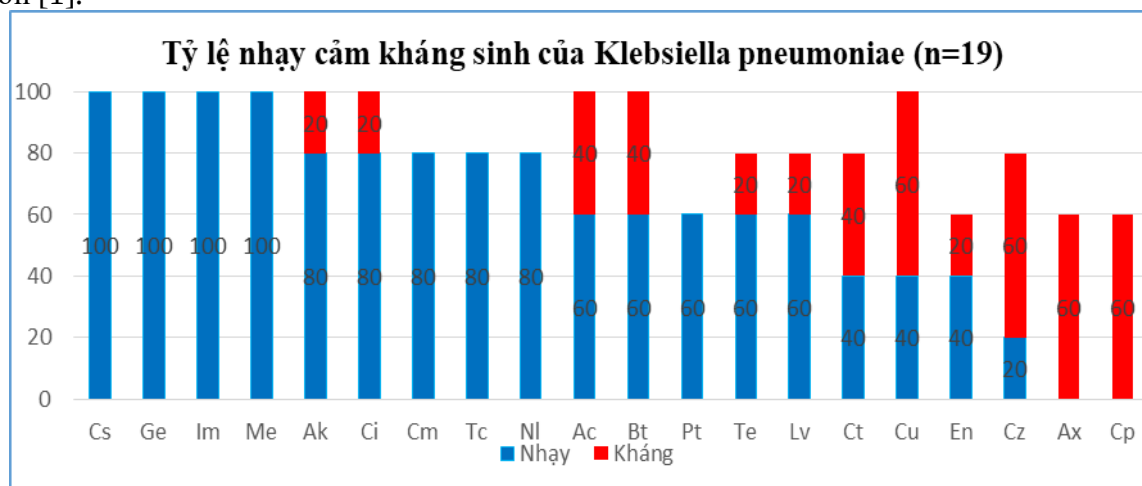
Khác NC Lê Tiến Dũng và cs: Tỷ lệ nhạy với Cefotaxim, Ceftriaxon cao tới 71%; kháng Levofloxacin thấp hơn chỉ 20% [1].



Biểu đồ 3. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của *E.coli*

NC chúng tôi: 100% số chủng E.coli nhạy Amikacin, Cefoperazon/sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Imipenem, Meropenem; 100% số chủng kháng Ciprofloxacin, Gentamycin; 80% kháng Levofloxacin; 60% kháng Cefotaxim; 40% kháng Ceftriaxon.

Tương tự NC Lê Tiến Dũng và cs: Nhạy với Cefoperazol/sulbactam, Amikacin là 100%. Kháng Ceftriaxon cao hơn tới 80%, Kháng Ciprofloxacin 50%, Levofloxacin 33% thì thấp hơn [1].



Biểu đồ 4. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*

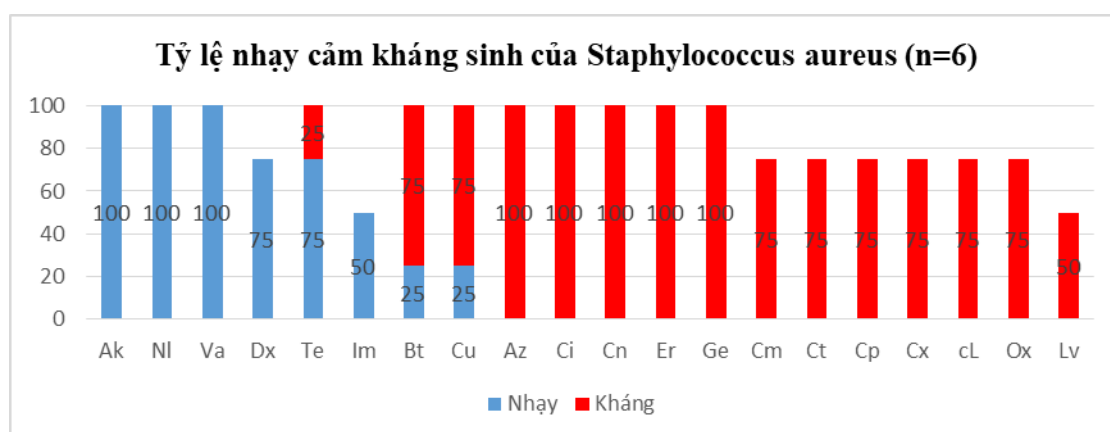
NC chúng tôi: 100% số chủng nhạy với Cefoperazone/sulbactam, Gentamycin, Imipenem, Meropenem; 80% nhạy Amikacin, Ciprofloxacin, Cefepime; 60% nhạy Levofloxacin. 60% số chủng kháng Cefuroxim, Ceftazidim, Amoxicilin, Cefalexin; 40% kháng Cefotaxim.

Tương tự NC Lê Tiến Dũng và cs: Nhạy

Amikacin, Levofloxacin 80%; 40% kháng Ceftazidim, Ceftriaxon [1].

Khác NC Tạ Thị Diệu Ngân và cs: Tỷ lệ nhạy cảm với C3G (ceftazidim, ceftriaxone) vẫn đạt trên 90% [3].

Khả năng đề kháng với các C3G là do cơ chế tiết men betalactamase phổ rộng đi kèm với khả năng đề kháng đa kháng sinh.



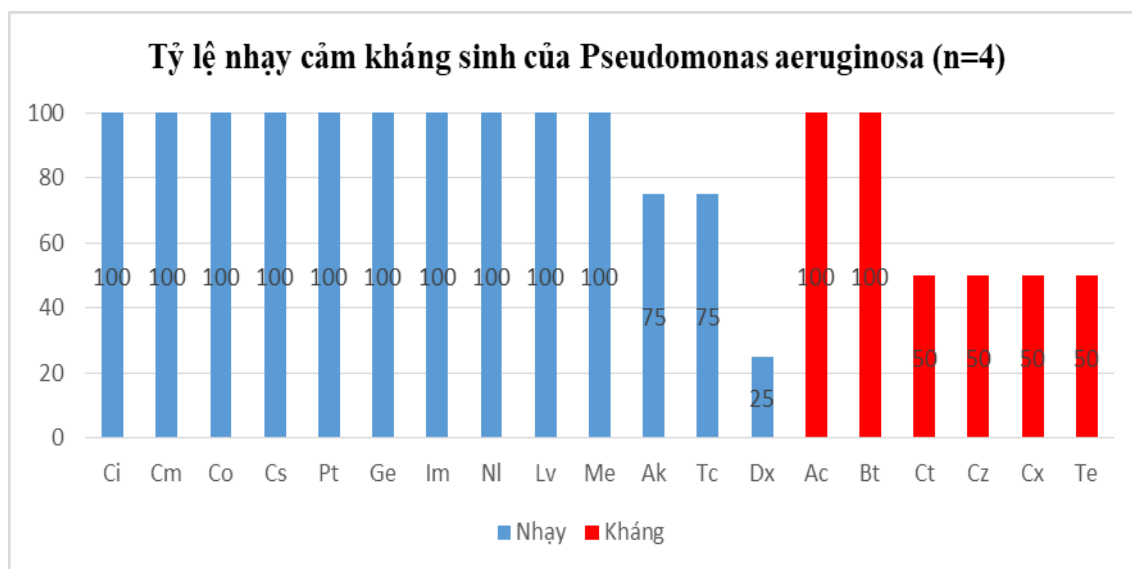
Biểu đồ 5. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của *Staphylococcus aureus*

NC chúng tôi: 100% chủng nhạy Vancomycin, Amikacin; 50% nhạy Imipenem. 100% kháng Azithromycin, Ciprofloxacin, Gentamycin; 75% kháng Ceftriaxon, Cefotaxim, Cefepim; 50% kháng Levofloxacin.

Tương tự Lê Tiến Dũng và cs: nhạy cao

với Vancomycin (100%), Amikacin (83%). Nhóm C3G (ceftriaxone, cefotaxim) bị đề kháng hoàn toàn, kháng Quinolon là 50% [1].

Carbapenem có tác dụng kém trên MRSA bởi khả năng đề kháng nội tại (đề kháng thông qua PBP2a) của các loài vi khuẩn này.



Biểu đồ 6. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của *P.aeruginosa*

NC chúng tôi: 100% số chủng nhạy Ciprofloxacin, Levofloxacin, Imipenem Cefoperazon/sulbactam, Piperacilin/tazobactam; 75% nhạy Amikacin. 100% số chủng kháng Amoxicilin, 50% kháng Cefotaxim, Ceftazidim, Cefriaxon.

Khác NC Lê Tiến Dũng và cs: Tỷ lệ kháng cao với Ciprofloxacin (46,2%), Levofloxacin (38,5%) [1].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm Vi khuẩn gram dương chiếm 71% hay gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae* (62%), *Staphylococcus aureus* (6%), vi khuẩn gram âm chiếm 29% trong đó *Klebsiella pneumoniae* (19%), *E. coli* (5%), *Pseudomonas aeruginosa* (4%). Các vi khuẩn cũng đề kháng kháng sinh cao. Hiện tại ghi nhận, *S.pneumoniae* đề kháng cao với Azithromycin, Tetracyclin, Levofloxacin;

nhạy Vancomycin, Cefepim, Amoxicillin, Cefotaxim. *S.Aureus* kháng hoàn toàn Azithromycin, Ciprofloxacin, Gentamycin, kháng cao Ceftriaxon, Cefotaxim; nhạy với Vancomycin, Amikacin. *K.pneumoniae* kháng cao Cefuroxim, Ceftazidim, Amoxicillin; nhạy Amikacin, Cefoperazon/sulbactam, Levofloxacin, Carbapenem. *E.coli* kháng hoàn toàn Ciprofloxacin, Gentamycin; kháng cao Levofloxacin, Cefotaxim; nhạy Amikacin,

Cefoperazon/sulbactam,
Piperacillin/tazobactam, Carbapenem.
P.aeruginosa kháng hoàn toàn Amoxicilin,
kháng cao Cefotaxim, Ceftriaxon; nhạy
Quinolon, Cefoperazon/sulbactam,
Amikacin, Carbapenem.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Tiến Dũng (2017).** "Đặc điểm vi khuẩn và đề kháng in vitro vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM". Thời sự y học, pp. 64-68.
2. **Bùi Thị Hiền (2016).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn học và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người cao tuổi, Đại học Y dược Thái Nguyên, Thái Nguyên, pp.
3. **Tạ Thị Diệu Ngân (2016).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải cộng đồng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, pp.
4. **Nguyễn Thị Xuyên và CS (2015).** Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2015, Y Học, Hà Nội, pp. 76-81.
5. **Lozano Rafael, Naghavi Mohsen & Foreman Kyle et al (2012).** "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". The Lancet, 380, (9859), pp. 2095-2128.
6. **P. H. Van, P. T. Binh, N. H. Minh, I. Morrissey & D. Torumkuney (2016).** "Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2009-11 in Vietnam". J Antimicrob Chemother, 71 Suppl 1, pp. i93-102.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA TĂNG TRIGLYCERIDE VỚI KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ INSULIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LÂM ĐỒNG

Bùi Thị Thanh Thủy¹, Lê Văn Chi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nồng độ Triglyceride(TG) trong máu tăng cao được biết là làm tăng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ và tiền ĐTĐ. Tuy nhiên, vẫn chưa rõ liệu nồng độ triglyceride tăng có liên quan đến việc kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 hay không. **Mục tiêu:** - Khảo sát mối liên quan giữa tăng Triglyceride với kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị insulin. - Xác định một số yếu tố khác liên quan đến kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị insulin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 93 bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị insulin tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng, từ 3/2019 đến 4/2020. **Kết quả:** Đối tượng có TG cao ($>1,7\text{mmol/l}$) là $> 60\%$ (cả 2 lần khám). Tỷ lệ $\text{HbA}_{1c} \geq 7\%$ là $> 77\%$ (cả 2 lần khám). Có mối liên quan giữa tăng TG máu với kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị insulin. **Kết luận:** Có mối liên quan tuyến tính giữa tăng TG máu với kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị insulin.

Từ khóa: Đái tháo đường, tăng triglyceride máu, HbA_{1c} .

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN TRIGLYCERIDE AND GLYCEMIC CONTROL AMONG INSULIN-TREATED PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT LAM DONG GENERAL HOSPITAL

Introduction: Elevated blood triglyceride levels are known to increase the risks of diabetes and prediabetes. However, it is still unclear whether elevated triglyceride levels are associated with inadequate glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus.

Objective: - To investigate the association between elevated triglyceride levels and inadequate glycemic control among insulin-treated patients with type 2 diabetes mellitus. - Explore some other factors related to blood glucose control in type 2 diabetes patients with insulin treatment.

Subjects and methods: We recruited 93 patients with type 2 diabetes mellitus who were treated with insulin therapy. Research period from March 2019 to April 2020 at Lam Dong General Hospital.

Results: Overall, subjects had elevated triglyceride levels ($> 1.7 \text{ mmol/l}$) was 61.3% (first visit) and 60.2% (2nd visit - after 3 months); prevalence of $\text{HbA}_{1c} \geq 7.0\%$ (53 mmol/mol) at the first and second visit was 79.6% and 77.42%, respectively. There was a similar association between triglyceride levels and $\text{HbA}_{1c} \geq 7\%$. This association was confirmed by subgroup analyses. There was a linear relationship between triglyceride levels and blood glucose control.

¹Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Đà Lạt, Lâm Đồng.

²Trường Đại Học Y Dược Huế.

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thanh Thủy

Email: thuy.bui@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Conclusions: Elevated triglyceride levels were associated with inadequate glycemic control; thus, suppressing triglyceride levels may attain more optimal glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus.

Key words: diabetes, hypertriglyceridemia, glycated hemoglobin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ đái tháo đường type 2 đang gia tăng ở hầu hết các quốc gia, 79% người trưởng thành mắc bệnh đái tháo đường sống ở các nước thu nhập thấp và trung bình[2]. Mối liên hệ giữa kháng insulin, tăng triglyceride và không dung nạp glucose rất phức tạp. Nhiều nghiên cứu cho thấy tăng triglyceride máu có liên quan chặt chẽ với tình trạng kháng insulin. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu mối liên quan giữa tăng Triglyceride với kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị insulin tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2019-2020” với các mục tiêu sau:

- Khảo sát mối liên quan giữa tăng Triglyceride với kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị insulin tại địa bàn nghiên cứu.
- Xác định một số yếu tố khác liên quan đến kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị insulin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng lựa chọn nghiên cứu: Những bệnh nhân đái tháo đường type 2 từ 40 tuổi trở lên đang điều trị insulin tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm đồng. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo ADA 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dùng insulin không đủ thời

gian 3 tháng.

- Bệnh nhân đang hoặc đã điều trị rối loạn lipid máu trong vòng 3 tháng.

- Đang có bệnh viêm, nhiễm trùng cấp tính.

- Bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính < 20 ml/ phút.

- Bệnh nhân mắc bệnh thận không do đái tháo đường.

- Bệnh nhân bị các bệnh nội tiết khác.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu với cách chọn mẫu thuận tiện. Thời gian từ 3/2019 đến 4/2020. Nhóm đối tượng nghiên cứu được lấy thông tin theo mẫu đính kèm; được lấy mẫu máu xét nghiệm buổi sáng, lúc đói.

- Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

- Đánh giá HbA1c theo 2 mức: < 7% và ≥ 7%.

- Đánh giá có rối loạn lipid máu: Cholesterol máu: Tăng khi > 5,2 mmol/l; Triglyceride máu: Tăng khi > 1,7 mmol/l; LDL-C máu: Tăng khi > 2,58 mmol/l; HDL-C máu: Giảm khi 1,03 < mmol/l.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Gồm 44 nam (47,3%) và 49 nữ (52,7%); Tuổi trung bình: 67.9 (67,9 ± 8,5).

- Nhóm có thời gian phát hiện ĐTĐ từ 1-10 năm chiếm đa số (69,9%); < 1 năm chiếm 4,3%.

- Nhóm có BMI mức bình thường chiếm 53,8%; nhóm thừa cân, béo phì chiếm 40,8%, gầy chiếm 5,4%. Giá trị trung bình: 22,69 ± 2,47.

3.2 Đặc điểm về RLLP máu ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm về RLLP máu

Thành phần lipid máu rối loạn	Lần khám 1		Lần khám 2	
	n	%	n	%
Tăng Cholesterol	31	33,3	38	40,9
Tăng Triglyceride	57	61,3	56	60,2
Tăng LDL-C	47(*)	54	46(**)	60,2
Giảm HDL-C	62	66,7	54	58,1

(*) n =87; (**) n =84

Tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid máu 2 lần khám tương đương nhau.

3.3 Đặc điểm về HbA1c**Bảng 3.2 Đặc điểm mức HbA1c**

Mức HbA1c (%)	Lần khám 1		Lần khám 2	
	n	%	n	%
< 7	19	20,4	21	22,58
≥ 7	74	79,6	72	77,42
Tổng	93	100	93	100

Mức HbA1c ≥ 7% chiếm tỷ lệ cao (> 77%) ở cả 2 lần khám.

3.4 Mối liên quan giữa HbA1c và tăng TG máu**Bảng 3.3 Liên quan giữa HbA1c và tăng TG máu (lần khám 2)**

Tăng TG	HbA1c < 7%		HbA1c ≥ 7%	
	n	%	n	%
Không	13	14	24	25,8
Có	8	8,6	48	51,6
Tổng	21	22,6	72	77,4

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự tương quan giữa tăng TG và HbA1c ($r=0,027$, $p < 0,05$)

Tỷ lệ có tăng TG cao hơn ở nhóm kiểm soát glucose máu không tốt (chiếm 77,4%).

3.5 Đặc điểm sử dụng insulin**Bảng 3.4 Đặc điểm sử dụng insulin**

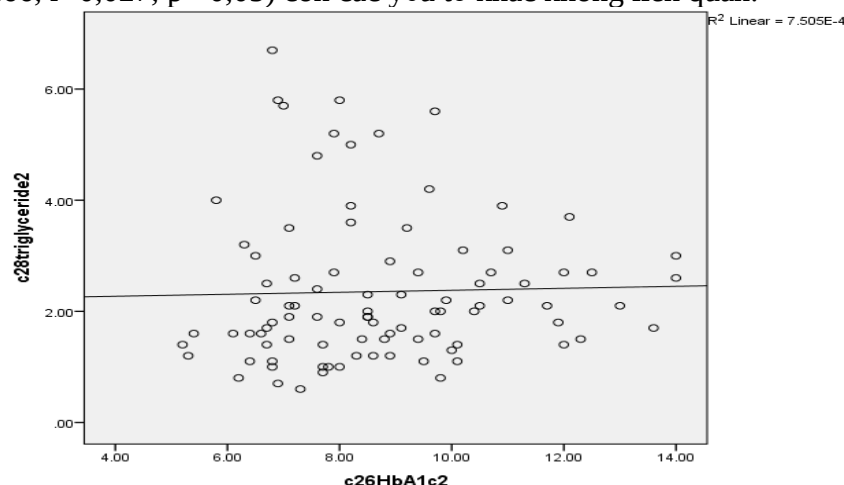
Sử dụng insulin		n	%
Insulin đơn thuần		25	26,9
Insulin +	1 thuốc uống	30	32,3
	2 thuốc uống	35	37,6
	3 thuốc uống	3	3,2
Loại insulin	Lantus	47	50,5
	mixtard	46	49,5
Liều insulin (UI/kg/ngày)	≤ 0,50	75	80,6
	> 0,50	18	19,4

Nhóm sử dụng insulin đơn thuần chiếm 26,9%, insulin phối hợp với thuốc uống điều trị ĐTĐ chiếm 73,1%; Liều insulin trung bình: $0,345 \pm 0,201$ UI/kg/ngày ($HbA1c < 7\%$) và $0,357 \pm 0,196$ UI/kg/ngày ($HbA1c \geq 7\%$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4 Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát glucose máu.

Yếu tố	Tỷ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy	p
Tăng TG	0,266	0,078 - 0,903	$< 0,05$
Tăng CT	0,374	0,081 – 1,724	$> 0,05$
Tăng LDL-C	1,488	0,377-5,866	$> 0,05$
Giảm HDL-C	1,11	0,349 - 3,529	$> 0,05$
BMI	1,11	0,899 – 1,370	$> 0,05$
Liều insulin	1,549	0,122 – 19,694	$> 0,05$

Chỉ có yếu tố có tăng TG máu là có mối tương quan tuyến tính với kiểm soát glucose máu ($OR = 0,266$, $r = 0,027$, $p < 0,05$) còn các yếu tố khác không liên quan.



IV. BÀN LUẬN

4.1 điểm chung:

- Tuổi trung bình $67,9 \pm 8,5$. Nhỏ nhất: 45 tuổi, lớn nhất: 89 tuổi. Nhóm tuổi 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (76,4%). Tương tự các tác giả khác.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi: nam chiếm 47,3%, nữ chiếm 52,7%. Tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác.

- Nhóm có BMI mức bình thường ($18,5 - 23 \text{ kg/m}^2$) chiếm 53,8%; nhóm thừa cân, béo phì ($\geq 23 \text{ kg/m}^2$) chiếm 40,8%; nhóm gầy ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$) chỉ chiếm 5,4%. Tỷ lệ này hoàn

toàn phù hợp vì ở Việt Nam tỷ lệ người thừa cân béo phì không cao như các nước khác. Theo nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm, Nguyễn Thị Nhạn[1]: tỷ lệ nhóm BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ chiếm 67,19%, BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ chiếm 32,81%.

- Thời gian phát hiện ĐTĐ: Nhóm có thời gian phát hiện ĐTĐ từ 1-10 năm chiếm đa số (69,9%), nhóm có thời gian phát hiện ĐTĐ < 1 năm chỉ chiếm 4,3%. Điều này phù hợp vì nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm bệnh nhân ĐTĐ đang điều trị insulin nên đa số có khoảng thời gian dùng thuốc uống mà không

kiểm soát được glucose máu mới được sử dụng liệu pháp insulin. Theo nghiên cứu của Trần Thị Kiều Diễm[1]: thời gian phát hiện ĐTĐ < 5 năm chiếm 32,14%, ≥ 5 năm chiếm 67,86%.

4.2 RLLP máu và HbA1c:

- RLLP máu khá thường gặp trong ĐTĐ type 2. Thường gặp là tăng TG, tăng LDL-C, tăng CT toàn phần, giảm HDL-C.

- Thành phần lipid máu giữa 2 lần khám có kết quả tương tự nhau. So sánh với nhóm không điều trị insulin cũng cho kết quả tương tự. Tăng TG chiếm tỷ lệ > 60% trong tổng số đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ có tăng TG ở nhóm kiểm soát glucose không tốt chiếm tỷ lệ cao hơn với $p < 0,05$.

- Mức HbA1c ≥ 7% chiếm tỷ lệ > 75%. Kết quả này cũng tương tự một số tác giả Hammed [6]: HbA1c ≤ 7% chiếm 18,85 %, HbA1c > 7% chiếm 81,15%; Zheng[7]: HbA1c < 7% chiếm 32,8%, HbA1c ≥ 7 chiếm 67,2 %.

- Có mối liên quan tuyến tính giữa tăng TG và HbA1c (OR = 0,266, $r=0,027$, $p < 0,05$). Theo nghiên cứu khác cũng có mối liên quan tuyến tính giữa HbA1c với TG ($r=0,16$, $p < 0,05$)[3]; ($r=0,096$, $p < 0,05$) [4]; ($r= 0.5237$, $p < 0.0001$)[5].

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân ĐTĐ có tăng TG, tỷ lệ cao hơn ở nhóm kiểm soát glucose máu không tốt. Có mối liên quan tuyến tính giữa tăng TG và kiểm soát glucose máu. Vì vậy, trong điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 ngoài kiểm soát tốt glucose máu còn kiểm soát tốt vấn đề RLLP máu, đặc biệt tăng TG máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Kiều Diễm, Nguyễn Thị Nhạn (2009)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 được điều trị insulin”.
2. **International Diabetes Federation. (2017)**. IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017.
3. **Alzahrani, Sami Hamdan, et al.** "Association between glycosylated hemoglobin (HbA1c) and the lipid profile in patients with type 2 diabetes mellitus at a tertiary care hospital: a retrospective study." *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy* 12 (2019): 1639.
4. **Araç, Eşref, and İhsan Solmaz.** "Is HbA1c level affected by high triglyceride levels?." *Ortadoğu Tıp Dergisi-Ortadoğu Medical Journal* 12.2 (2020): 200-205.
5. **Bal, Baljinder Singh, Surinder Kumar Salwan, and Uttam Chandarana.** "Study of Association between HbA1c level and lipid profile in type 2 diabetes mellitus." *Annals of International Medical and Dental Research* 3.2 (2017): 36.
6. **Hammed, Ikhlas K.** "Glycated haemoglobin as a dual biomarker association between HbA1c and dyslipidemia in type 2 diabetic patients." *Journal of the Faculty of Medicine* 54.1 (2012): 88-92.
7. **Zheng, D., Dou, J., Liu, G., Pan, Y., Yan, Y., Liu, F., ... & He, Y. (2018)**. Association Between Triglyceride Level and Glycemic Control Among Insulin-treated Patients With Type 2 Diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.

KHẢO SÁT TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ THÂN NHÂN TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ ĐỒNG NAI NĂM 2020

Mai Thị Dung, Nguyễn Thị Ngọc, Phạm Phú Sĩ

TÓM TẮT

Bằng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 250 đối tượng nghiên cứu, sau 3 tháng nhóm nghiên cứu đã thu thập được kết quả về tỉ lệ trải nghiệm tích cực của người bệnh và thân nhân người bệnh tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai năm 2020 khá cao: 95% người bệnh và thân nhân đánh giá dung dịch rửa tay luôn sẵn sàng và thuận tiện cho người bệnh sử dụng. 90% người bệnh và thân nhân người bệnh khá yên tâm về an ninh, trật tự của bệnh viện, bệnh viện có kiểm soát người ra vào khoa; 90.4% người bệnh và thân nhân người bệnh nhận xét được NVYT đối xử rất tử tế và tôn trọng khách hàng.

SUMMARY

SURVEY ON THE EXPERIENCES OF THE PATIENT AND RELATIVES IN INPATIENT TREATMENT TIME AT DONG NAI INTERNATIONAL HOSPITAL YEAR 2020

By descriptive design based on 250 research subjects, after 3 months, the research team has collected the results of the high rate of positive experiences of patients and their relatives at Dong Nai International Hospital in 2020: 95% of patients and their relatives evaluate that hand wash liquid is always ready and convenient for

patients to use; 90% of patients and their relatives can be assured of security, the hospital has control over people entering and leaving the department; 90.4% of patients and their relatives commented that the medical staff treated them with kindness and respect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2016 các cơ sở y tế tại Việt Nam đã triển khai khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội - ngoại trú theo hướng dẫn của Bộ Y Tế, tuy nhiên một số ý kiến cho rằng điểm số về sự hài lòng của NB không hoàn toàn phản ánh tất cả trải nghiệm của người bệnh đã trải qua mà còn nhiều cảm tính. Do vậy một số nhà quản trị trên thế giới có cách tiếp cận khác nhằm đo lường chất lượng dịch vụ thông qua khảo sát trải nghiệm người bệnh trong quá trình điều trị tại cơ sở y tế.

Trải nghiệm người bệnh là một thành phần không thể thiếu của chất lượng chăm sóc sức khỏe, trải nghiệm người bệnh bao gồm nhiều khía cạnh của việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà người bệnh đánh giá cao khi họ tìm kiếm. Hiểu được trải nghiệm của người bệnh là một bước quan trọng trong việc chuyển mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.

Khảo sát trải nghiệm người bệnh nội trú sẽ giúp bệnh viện nắm bắt được cảm nhận thực của người bệnh là căn cứ để bệnh viện cải tiến chất lượng khám chữa bệnh nhằm đáp ứng mong đợi và kỳ vọng của người bệnh tạo niềm tin của người bệnh đối với

**Bệnh viện Quốc Gia Đồng Nai*

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Dung

Email: dungmt@bvquocdongnai.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát sự trải nghiệm của người bệnh nội trú tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai năm 2020” với 2 mục tiêu sau:

Xác định tỉ lệ người bệnh và thân nhân có trải nghiệm tích cực trong thời gian điều trị nội trú tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh/thân nhân người bệnh/người chăm sóc điều trị nội trú tại bệnh viện đã hoàn tất thủ tục xuất viện chuẩn bị ra viện từ 01/3/2020 - 30/7/2020.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh/thân nhân người bệnh = >18 tuổi trở lên điều trị nội trú tại khoa lâm sàng, đủ năng lực và hành vi đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thân nhân người bệnh: là người chăm sóc chính từ khi người bệnh vào viện đến khi ra viện

2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 03/2020- tháng 7/2020

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại 6 khoa lâm sàng: Khoa Nội, Khoa Nhi, Khoa Ngoại tổng hợp, Khoa Ngoại CTCH-PHCN, Khoa Sản, Khoa Tai Mũi Họng.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích

2.4.2. Cỡ mẫu:

- Theo công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỉ lệ p với sai số d ở mức tin cậy (1- α)

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

Mức tin cậy 95% thì $\alpha = 0.05$ và $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$, với $p = 50\%$ từ nghiên cứu tương tự, sai số $d = 0.07$, ta có cỡ mẫu cần thiết: $n = 241$ trên thực tế lấy 250

- Phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên bất kỳ: Mỗi ngày rút ngẫu nhiên mỗi khoa lâm sàng 1 bộ hồ sơ ra viện và tiến hành phỏng vấn người bệnh/thân nhân người bệnh/người chăm sóc chính có tên trong hồ sơ.

2.5. Biến số: Thông tin chung, trải nghiệm lúc nhập viện, trải nghiệm về CSVC, thái độ của NVYT, hoạt động KCB, chi trả viện phí, trước khi xuất viện

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

2.6.1. Phương pháp thu thập thông tin: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn

2.6.2. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 21.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Biến số		Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CTCH	Khoa Sản	Khoa Nhi	Khoa Nội	Khoa LCK	Tổng
Đối tượng	Người bệnh	45 (88.2%)	41 (83.7%)	22 (62.9%)	4 (8.0%)	24 (70.6%)	9 (29.0%)	145 (58.0%)
	Thân nhân người bệnh	6 (11.8%)	8 (16.3%)	13(37.1%)	46 (92.0%)	10 (29.4%)	22 (71.0%)	105 (42.0%)

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CỦA TẬP ĐOÀN Y KHOA HOÀN MỸ 2020

Nơi ở hiện tại	TP Biên Hòa	34 (66.7%)	34 (69.4%)	24 (68.6%)	38 (76.0%)	17 (50.0%)	22 (71.0%)	169 (67.6%)
	Các huyện thuộc Đồng Nai	16 (31.4%)	14 (28.6%)	9 (25.7%)	12 (24.0%)	17 (50.0%)	9 (29.0%)	77 (30.8%)
	Các tỉnh khác	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (5.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.6%)
Giới tính	Nam	24 (47.1%)	19 (38.8%)	9 (25.7%)	23 (46.0%)	14 (41.2%)	12 (38.7%)	101 (40.4%)
	Nữ	27 (52.9%)	30 (61.2%)	26 (74.3%)	27 (54.0%)	20 (58.8%)	19 (61.3%)	149 (59.6%)
Trình độ học vấn	Tiểu học	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0(0.0%)	4 (8.0%)	3 (8.8%)	3 (9.7%)	10 (4.0%)
	THCS	4 (7.8%)	2 (4.1%)	8 (22.9%)	8 (16.0%)	8 (23.5%)	5 (16.1%)	35 (14.0%)
	THPT	16 (31.4%)	16 (32.7%)	6 (17.1%)	13 (26.0%)	3 (8.8%)	7 (22.6%)	61 (24.4%)
	Trung cấp/cao đẳng	28 (54.9%)	23 (46.9%)	14 (40.0%)	20 (40.0%)	6 (17.6%)	10 (32.3%)	101 (40.4%)
	Đại học và trên ĐH	3(5.9%)	8 (16.3%)	7 (20.0%)	5 (10.0%)	14 (41.2%)	6 (19.4%)	43 (17.2%)
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	15 (29.4%)	17 (34.7%)	10 (28.6%)	18 (36.0%)	9 (26.5%)	12 (38.7%)	81 (32.4%)
	Công nhân	18 (35.3%)	13 (26.5%)	12 (34.3%)	9 (18.0%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)	53 (21.2%)
	Lao động tự do	11 (21.6%)	11 (22.4%)	3 (8.6%)	11 (22.0%)	4 (11.8%)	3 (9.7%)	43 (17.2%)
	Nội trợ	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (5.7%)	11 (22.0%)	14 (41.2%)	12 (38.7%)	40 (16.0%)
	Khác	6 (11.8%)	8 (16.3%)	8 (22.9%)	1 (2.0%)	7 (20.6%)	3 (9.7%)	33 (13.2%)

Trên 50% đối tượng khảo sát là người bệnh và đang sinh sống tại thành phố Biên Hòa, có trình độ từ trung cấp trở lên. Hơn 40% là nhân viên văn phòng hoặc công nhân.

Bảng 2. Trải nghiệm về cơ sở vật chất – tiện ích phục vụ người bệnh

Biến số		Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CTCH	Khoa Sản	Khoa Nhi	Khoa Nội	Khoa LCK	Tổng
Nhà VS luôn sạch sẽ	n	35	30	22	28	21	21	157
	%	68.6%	61.2%	62.9%	56.0%	61.8%	67.7%	62.8%
Luôn có dung dịch rửa tay		n	47	48	33	47	33	238

tại buồng bệnh và thuận tiện cho người bệnh sử dụng	%	92.2%	98.0%	94.3%	94.0%	97.1%	96.8%	95.2%
Khả yên tâm về an ninh, trật tự của bệnh viện, bệnh viện có kiểm soát người ra vào khoa	n	48	45	31	39	33	30	226
	%	94.1%	91.8%	88.6%	78.0%	97.1%	96.8%	90.4%
Dịch vụ tiện ích khá đa dạng và giá hợp lý	n	26	26	18	13	23	19	125
	%	51.0%	53.1%	51.4%	26.0%	67.6%	61.3%	50.0%
BV có nhiều cây xanh, sạch và đẹp	n	24	28	19	27	21	17	136
	%	47.1%	57.1%	54.3%	54.0%	61.8%	54.8%	54.4%

Trải nghiệm về cơ sở vật chất – tiện ích phục vụ người bệnh tại nghiên cứu “Kết quả khảo sát trải nghiệm người bệnh nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh 6 tháng đầu năm 2019” cho thấy có tới trên 90% người bệnh đánh giá tích cực ở khu vực y tế tư nhân và gần như tuyệt đối. Trong nghiên cứu tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai, tỉ lệ trải nghiệm nhà vệ sinh luôn sạch sẽ chiếm 62.8%, 37.2% còn lại ở ở mức chấp nhận được, thỉnh thoảng bị bẩn trong thời gian ngắn. 95% người bệnh và thân nhân

đánh giá dung dịch rửa tay luôn sẵn sàng và thuận tiện cho người bệnh sử dụng. 90% người bệnh và thân nhân người bệnh khá yên tâm về an ninh, trật tự của bệnh viện, bệnh viện có kiểm soát người ra vào khoa. Chỉ có 50% đánh giá vấn đề dịch vụ tiện ích tại bệnh viện đa dạng và giá cả hợp lý. Chỉ có 54.4% người bệnh và thân nhân người bệnh trong nghiên cứu đánh giá bệnh viện có nhiều cây xanh, sạch và đẹp. Còn 45.6% đánh giá là đạt ở mức chấp nhận được.

Bảng 3. Trải nghiệm về tinh thần thái độ phục vụ của NVYT

Biến số		Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CTCH	Khoa Sản	Khoa Nhi	Khoa Nội	Khoa LCK	Tổng
Được NVYT đối xử rất tử tế và được tôn trọng	n	49	44	31	42	31	29	226
	%	96.1%	89.8%	88.6%	84%	91.2%	93,5%	90.4%
Trả lời thỏa đáng những thắc mắc của người bệnh về tình trạng và diễn tiến bệnh	n	42	41	25	40	27	25	200
	%	82.4%	83.7%	71.4%	80.0%	79.4%	80.6%	80.0%
Thống nhất câu trả lời về tình trạng và diễn tiến bệnh	n	39	33	25	33	19	21	164
	%	76.5%	67.3%	71.4%	66.0%	55.9%	67.7%	65.6%

Về vấn đề trải nghiệm về tinh thần thái độ phục vụ của NVYT, có 90.4% người bệnh và thân nhân người bệnh nhận xét được NVYT

đối xử rất tử tế và tôn trọng khách hàng. Có 80% người bệnh được giải thích rõ ràng về tình trạng và diễn tiến bệnh, và chỉ có 65.6%

người bệnh nhận được các câu trả lời thống nhất nhau về tình trạng và diễn tiến bệnh từ các nhân viên y tế khi được thăm khám đặc biệt tại khoa Nội (55.9%). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu “Kết quả khảo sát trải nghiệm người bệnh nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh 6 tháng

đầu năm 2019” [5], các bệnh viện khối tư nhân đa số có trải nghiệm tích cực cao hơn rất nhiều và gần như tuyệt đối trong việc thống nhất trong giải thích của NVYT với người bệnh, trả lời những thắc mắc của người bệnh.

Bảng 4. Trải nghiệm về hoạt động KCB

Biến số		Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CTCH	Khoa Sản	Khoa Nhi	Khoa Nội	Khoa LCK	Tổng
BS luôn giải thích rõ ràng thông tin và lí do sử dụng thuốc	n	44	42	28	40	30	26	210
	%	86.3%	85.7%	80.0%	80.0%	88.2%	83.9%	84.0%
BS luôn giải thích rõ ràng thông tin và lí do xét nghiệm	n	48	42	32	40	30	30	222
	%	94.1%	85.7%	91.4%	80.0%	88.2%	96.8%	88.8%
Điều dưỡng hướng dẫn hàng ngày rất rõ ràng cách sử dụng thuốc	n	50	37	32	32	28	30	209
	%	98.0%	75.5%	91.4%	64.0%	82.4%	96.8%	83.6%
Tư vấn rất rõ ràng và đầy đủ vấn đề lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp	n	50	41	33	36	31	30	221
	%	98.0%	83.7%	94.3%	72.0%	91.2%	96.8%	88.4%

Về trải nghiệm hoạt động khám chữa bệnh, có 84% người bệnh và thân nhân trả lời rằng BS đã thông tin và giải thích lí do sử dụng thuốc một cách rõ ràng. 88.8% BS đã thông tin và giải thích lí do xét nghiệm một cách rõ ràng. 83.6% người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn sử dụng thuốc hàng ngày

một cách rất rõ ràng trong đó Khoa Nhi chiếm tỉ lệ thấp nhất 64%, cao nhất là khoa Ngoại TQ 98%. Có 88.4% được tư vấn để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp rất rõ ràng và đầy đủ trong đó khoa Ngoại TQ và khoa LCK chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 98% và 96.8%

Bảng 5. Trải nghiệm về chi trả viện phí (Công khai đầy đủ và chi tiết)

Biến số		Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CTCH	Khoa Sản	Khoa Nhi	Khoa Nội	Khoa LCK	Tổng
Công khai đầy đủ và chi tiết tất cả những khoản thu trên hóa đơn	n	47	39	30	46	23	28	213
	%	92.2%	79.6%	85.7%	92.0%	67.6%	90.3%	85.2%

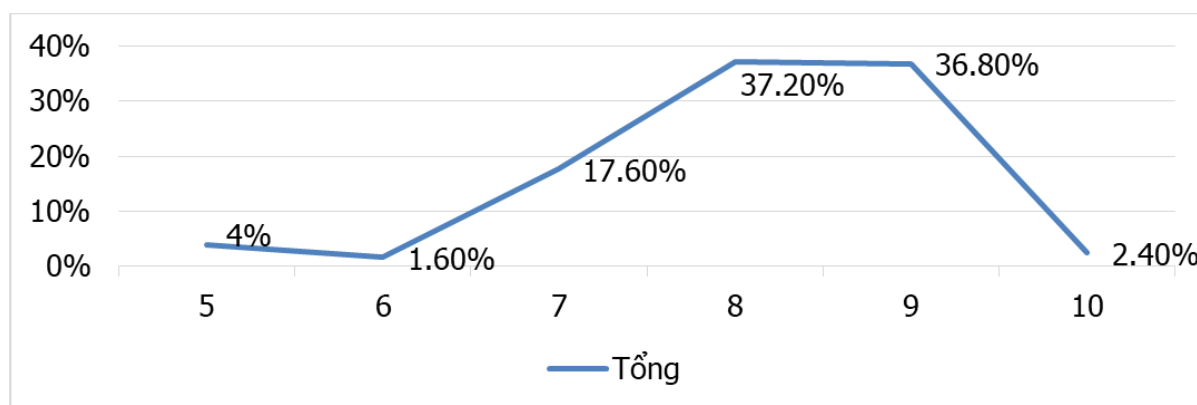
Về trải nghiệm về chi trả viện phí, có 85.2% người được hỏi trả lời rằng họ đã được công khai tất cả những khoản thu trên hóa đơn đầy đủ và chi tiết trong đó tại khoa Ngoại TQ và khoa Nhi chiếm tỉ lệ cao nhất (92%), khoa Nội chiếm tỉ lệ thấp nhất (67.6%)

Bảng 6. Trải nghiệm trước khi xuất viện

Biến số		Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CTCH	Khoa Sản	Khoa Nhi	Khoa Nội	Khoa LCK	Tổng
NV chủ động hướng dẫn cụ thể cách tự chăm sóc khi về nhà	n	49	42	32	46	28	28	225
	%	96.1%	85.7%	91.4%	92.0%	82.4%	90.3%	90.0%
Được nhân viên chủ động hướng dẫn rõ ràng khi quay lại tái khám	n	45	46	29	50	29	27	226
	%	88.2%	93.9%	82.9%	100.0%	85.3%	87.1%	90.4%
Không gặp khó khăn gì khi làm thủ tục xuất viện	n	40	36	27	30	26	25	184
	%	78.4%	73.5%	77.1%	60.0%	76.5%	80.6%	73.6%

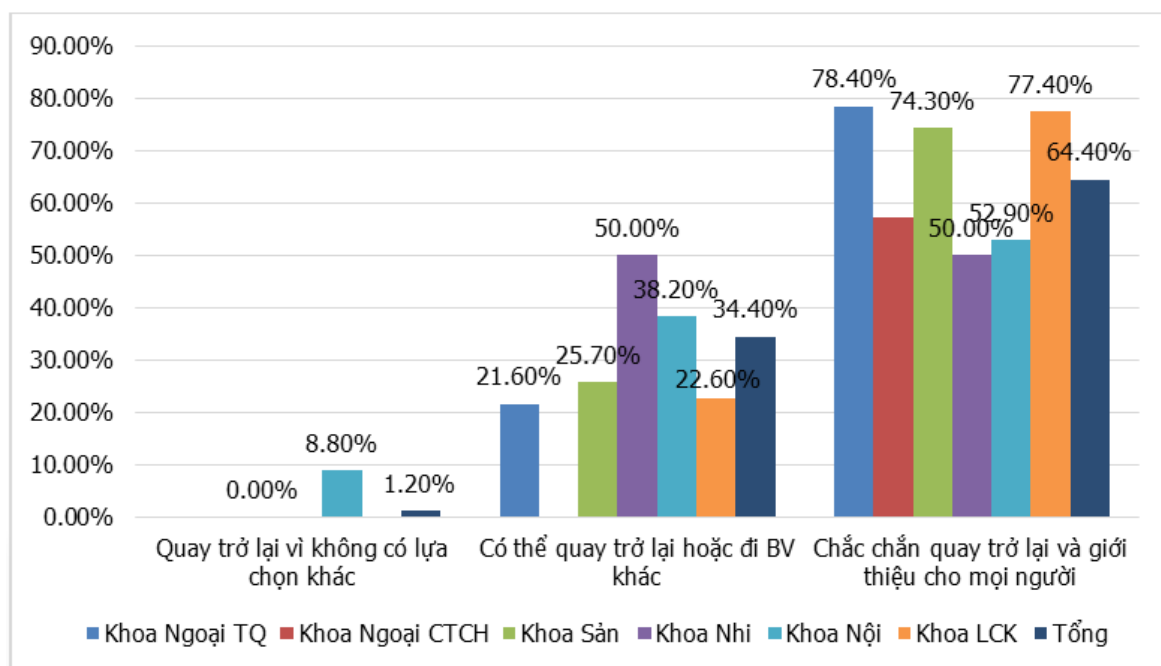
Trước khi xuất viện, có 90% người bệnh và thân nhân được hỏi đã trả lời rằng, họ đã được nhân viên chủ động hướng dẫn cách tự chăm sóc khi về nhà như chế độ ăn, cách uống thuốc và nghỉ ngơi. Có 90.4% trả lời được nhân viên chủ động hướng dẫn một

cách rõ ràng về việc quay trở lại tái khám. Tuy nhiên khi làm thủ tục xuất viện, chỉ có 73.6% trả lời rằng Tôi không gặp bất tiện nào, còn lại gần 30% là do chờ đóng viện phí hoặc chờ giấy xuất viện.

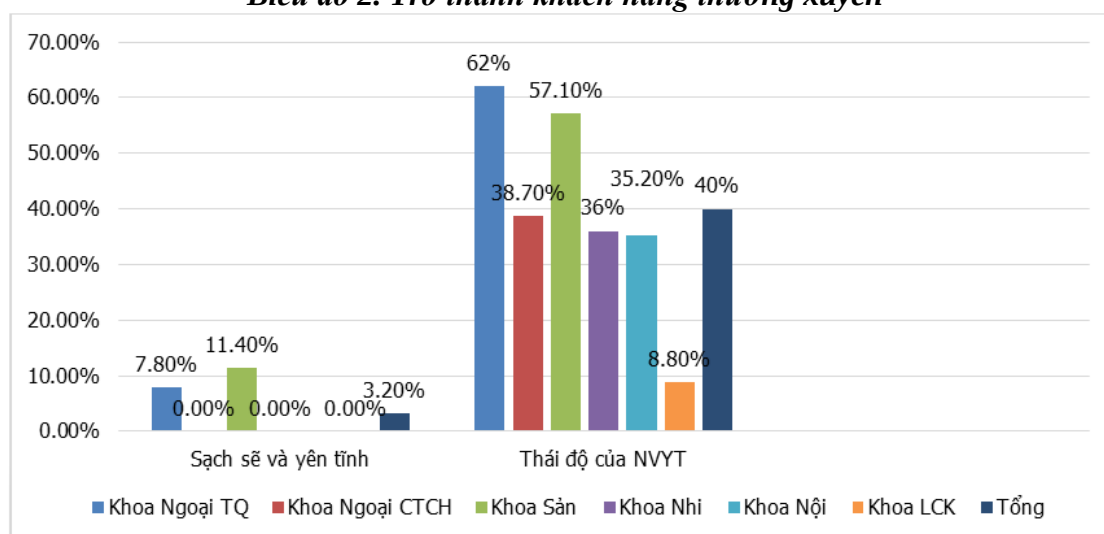


Biểu đồ 1. Điểm trung bình trải nghiệm

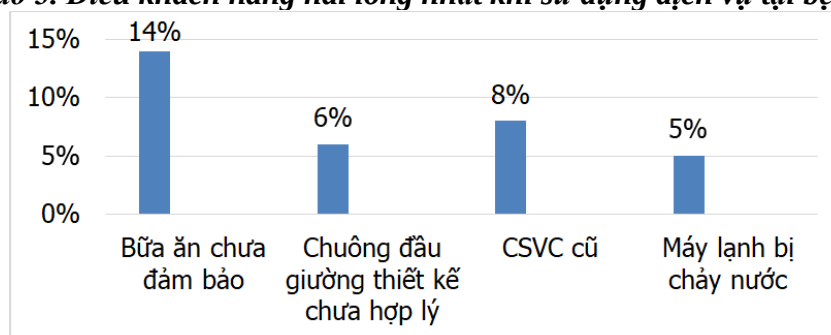
Khi được hỏi về việc đánh giá điểm trải nghiệm, có 5.6% người bệnh và thân nhân được hỏi chấm cho khoa Nhi đạt 5-6 điểm, các khoa khác không có điểm 5-6. Có 17.6% chấm đạt 7 điểm, 37.2% chấm đạt 8 điểm, 36.8% chấm đạt 9 điểm. Chỉ có 2.4% chấm đạt 10 điểm và chia đều cho 3 khoa: Khoa Ngoại TQ, Khoa Sản và khoa LCK.



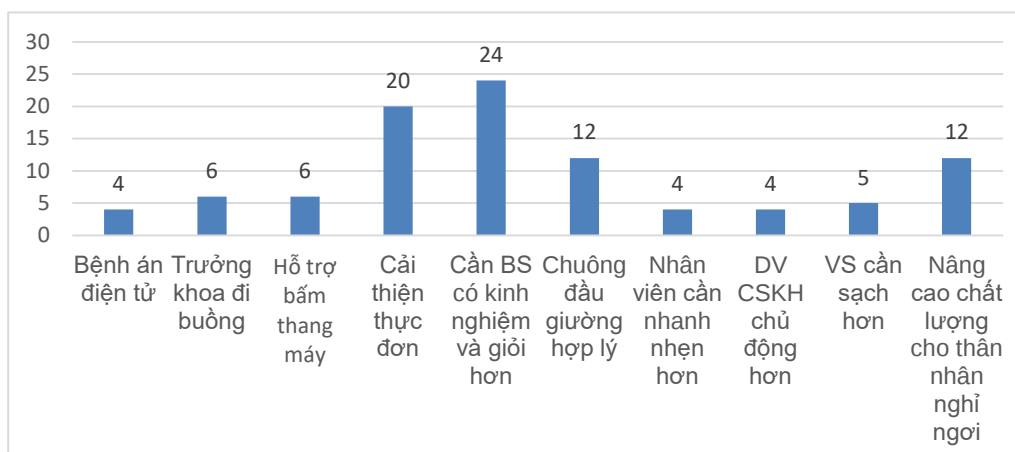
Biểu đồ 2. Trở thành khách hàng thường xuyên



Biểu đồ 3. Điều khách hàng hài lòng nhất khi sử dụng dịch vụ tại bệnh viện



Biểu đồ 4. Điều khách hàng không hài lòng nhất khi sử dụng dịch vụ



Biểu đồ 5. Đề xuất của người bệnh và thân nhân người bệnh để dịch vụ tốt hơn

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ trải nghiệm tích cực của người bệnh và thân nhân người bệnh tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai năm 2020 khá cao với thái độ của nhân viên y tế đối với khách hàng khi nhập khoa điều trị nội trú và trước khi xuất viện

KHUYẾN NGHỊ

1. Về vấn đề công khai giá dịch vụ: Cần công khai rõ ràng và chủ động cung cấp thông tin cho người bệnh

2. Về tiện ích phục vụ cho người bệnh:

Cần đa dạng hóa các tiện ích và bán với giá thành hợp lý đảm bảo cung cấp nhu cầu của khách hàng. Kiểm tra định kỳ và khắc phục những khu vực và vị trí cơ sở vật chất bị xuống cấp

3. Về tinh thần thái độ phục vụ của NVYT: Cần có sự thống nhất trong cách giải thích những thắc mắc của người bệnh và giải thích về tình trạng bệnh cho người bệnh và thân nhân

4. Về hoạt động khám chữa bệnh: Xây dựng phần mềm bệnh án điện tử; Tăng

cường bình bệnh án, bình đơn thuốc; Tăng cường kỹ năng giải thích cho khách hàng.

5. Về quy trình nhập viện và xuất viện: Cải tiến quy trình nhập viện và xuất viện đảm bảo người bệnh được xuất viện một cách thuận lợi không gặp những khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thông tư 07/2011/TT –BYT về Hướng dẫn công tác chăm sóc người bệnh tại các CSYT.
2. Tài liệu an toàn CSNB toàn diện (ban hành kèm theo QĐ số 123/QĐ – K2ĐT ngày 27/9/2013 - BYT)
3. Tạp chí y học thực hành – số 12 (1086) 2018 do Bộ Y Tế xuất bản.
4. Khảo sát trải nghiệm của bệnh nhân về dịch vụ chăm sóc chính – 2015 (trang 5/6)
5. Kết quả khảo sát trải nghiệm người bệnh nội trú tại các Bệnh viện trên địa bàn Tp Hồ Chí Minh 6 tháng đầu năm 2019
6. Ogunfowokan O, Mora M. Time, expectation and satisfaction: Patient's experience at National Hospital Abuja, Nigeria. Afr Jrm Heath Care Fam Med. 2012; 4(1), art #398,6 page

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU GÂY TÊ CƠ MẶT PHẪNG NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG PHẪU THUẬT BỤNG DƯỚI

Nguyễn Văn Thắng*, Nguyễn Đình Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật bụng dưới và các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê cơ mặt phẳng ngang bụng.

Đối tượng và phương pháp: 30 bệnh nhân có chỉ định mổ lấy thai, thoát vị bẹn và cắt tử cung, không có chống chỉ định của gây tê cơ mặt phẳng ngang bụng, ASA I,II,III, tuổi từ 20 đến 60 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ 01/7/2020 đến 30/9/2020 được chọn vào nghiên cứu. Bệnh nhân được gây tê cơ mặt phẳng ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm, mỗi bệnh nhân được tiêm 20 ml– 30 ml Bupivacain 0,25% - 0,375% và Adrenaline 1/400.000, sau đó đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS, sinh hiệu và biến chứng xảy ra. Sau khi kết thúc mổ, bệnh nhân được theo dõi VAS, sinh hiệu và tri giác trong 4h tại phòng hồi tỉnh. Trong 24h nếu bệnh nhân đau thì truyền tĩnh mạch Perfalgan 1g, Opioids và Voltarel 100mg đặt hậu môn đạt điểm đau VAS dưới 4.

Kết quả: Thời gian giảm đau sau mổ lấy thai, thoát vị bẹn và cắt tử cung của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng là 12-16 giờ. Mạch, huyết áp và SpO2 trước và sau gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng thay đổi không đáng kể và không ghi nhận biến chứng và ngộ độc thuốc tê.

*Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thắng
Email: drthangbl@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.10.2020
Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Kết luận: Phương pháp mặt phẳng cơ ngang bụng là phương pháp gây tê có thể áp dụng để giảm đau sau mổ lấy thai, thoát vị bẹn, cắt tử cung. Thời gian giảm đau sau mổ 12 - 16 giờ, giảm sử dụng thuốc giảm đau toàn thân, giảm nhu cầu sử dụng Opioids và không ghi nhận các triệu chứng khó chịu cho người bệnh: buồn nôn, nôn ói, ngứa...cũng không có tác dụng phụ nào của phương pháp được ghi nhận.

SUMMARY

THE EVALUATION EFFECTIVE OF ANALGESIA OF THE ULTRASOND – GUIDE TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK

Objective: To evaluate the effectiveness of initial implementation of ultrasound – guide transversus abdominis plane block.

Subjects and methods: In 30 patients surgerying on the lower abdomen with ASA I, II, III, aged from 18 to 60 at Hoan My – Sai Gon Hospital, from 01/7/2020 to 30/9/2020. The TAP block was performed with 20- 30 ml of Bupivacaine 0,25% - 0,375% combined with 1/400.000 adrenaline, single shoot. Evaluate the effectiveness of method TAP block.

Result: The duration time of blockage was $12,57 \pm 5,07$ hour. The success rate was 90%, no failures and major complication occurred in the study group.

Conclusion: The TAP block with the ultrasound – guide brings good effectiveness, the long duration time of blockage with low volume of anesthetic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp giảm đau sau mổ lấy thai, thoát vị bẹn và cắt tử cung...trong đó phối hợp các thuốc họ Morphin với các thuốc tê để gây tê tủy sống, có thể kéo dài thời gian giảm đau sau mổ. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều tác dụng phụ gây khó chịu cho bệnh nhân như: buồn nôn, nôn ói, ngứa...

Để giảm các tác dụng phụ của các thuốc giảm đau họ Morphin, chiến lược giảm đau đa mô thức với vai trò của gây tê vùng dưới hướng dẫn của siêu âm đã được nghiên cứu triển khai, vừa giảm đau sau mổ tốt, vừa giảm mức độ tiêu thụ của các thuốc giảm đau họ Morphin, giảm khó chịu cho người bệnh, tăng sự hài lòng cho người bệnh

Phương pháp gây tê vùng được nghiên cứu đầu tiên để giảm đau sau mổ lấy thai trong chiến lược giảm đau đa mô thức là phương pháp gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block). Tuy nhiên TAP block cho thấy có nhiều hạn chế do thời gian giảm đau ngắn, chỉ giảm đau chủ yếu ở thành bụng, không giảm đau tạng. Nhưng phương pháp TAP block đem đến hiệu quả giảm đau tốt, giảm sử dụng thuốc Opioids cũng như thuốc toàn thân cũng như giảm các tác dụng gây khó chịu cho người bệnh như: buồn nôn, nôn ói, ngứa,...nên phương pháp TAP block được ứng dụng và thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai, thoát vị bẹn và cắt tử cung tại khoa Gây Mê Hồi Sức Bệnh Viện

Hoàn Mỹ Sài Gòn từ ngày 01/7/2020 đến ngày 30/9/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có chỉ định mổ lấy thai, thoát vị bẹn và cắt tử cung. không có chống chỉ định dùng các thuốc dùng trong nghiên cứu. Bệnh nhân có ASA I-II-III theo phân độ sức khỏe của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý hoặc có nhiễm trùng vị trí làm TAP block, dị ứng thuốc Bupivacain hoặc tiền sử đau mạn tính, suy gan, suy thận nặng.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu báo cáo loạt ca bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh, trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu tại khoa Gây Mê Hồi Sức Bệnh Viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/7/2020 đến tháng 30/9/2020.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, chiều cao, cân nặng, ASA, thời gian phẫu thuật, huyết áp, tần số tim, SpO₂, thời gian giảm đau trung bình của nhóm nghiên cứu, thang điểm VAS thời điểm nghiên cứu, mức độ hài lòng của người bệnh, các tác dụng không mong muốn: buồn nôn, nôn, run, ngứa, vị đắng kim loại ở miệng, khó thở...

Cách tiến hành:

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân khám gây mê trước mổ, đánh giá toàn trạng bệnh nhân, cận lâm sàng và giải thích quá trình thực hiện các phương pháp vô cảm và giảm đau sau mổ cho bệnh nhân hiểu rõ. Tại phòng mổ: Định danh bệnh nhân, giải thích lại về quy trình thực hiện phương pháp vô cảm và giảm đau sau mổ

cho bệnh nhân.

- Chuẩn bị phương tiện dụng cụ:
- + Kim tê thần kinh ngoại vi Stimuplex 22G 100 mm, công ty B -Braun
- + Ống tiêm 20 ml và 5ml, gòn gạc vô trùng, găng tay vô trùng, dung dịch sát khuẩn, băng dán vô trùng, bao camera vô trùng, gel siêu âm.
- + Máy siêu âm
- + Thuốc trong nghiên cứu: Bupivacaine 0,25% - 0,375% 20 – 30 ml, Adreanilin 1/400.000.
- + Thuốc hồi sức: Intralipid 20%, atropine, ephedrine, adrenaline

Tiến hành gây tê TAP block:

- Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa
- Sát khuẩn vùng chích kim bằng dung dịch Povidine
- Sử dụng máy siêu âm, đầu dò linear được bọc trong bao camera vô trùng với gel siêu âm

- Đặt đầu dò ở vị trí giữa bờ sườn và mào chậu tại đường nách giữa, tìm lớp cân cơ giữa cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng

- Đi kim theo kiểu in plane, khi kim vào đúng mặt phẳng giữa lớp cân cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng, tách thử bằng 5ml nước muối sinh lý NaCl 0,9%, thấy được hình ảnh tách đúng thì hút thử, nếu không có máu thì bơm 5ml Bupivacaine 0,25% - 0,375%, cứ như vậy cho đủ 20ml. Sau đó gây tê thành bụng bên đối diện.

- Theo dõi và xử trí các biến chứng liên quan TAP block, xử trí ngộ độc thuốc tê theo phác đồ ngộ độc thuốc tê của Bộ Y tế và hội gây tê vùng Hoa Kỳ

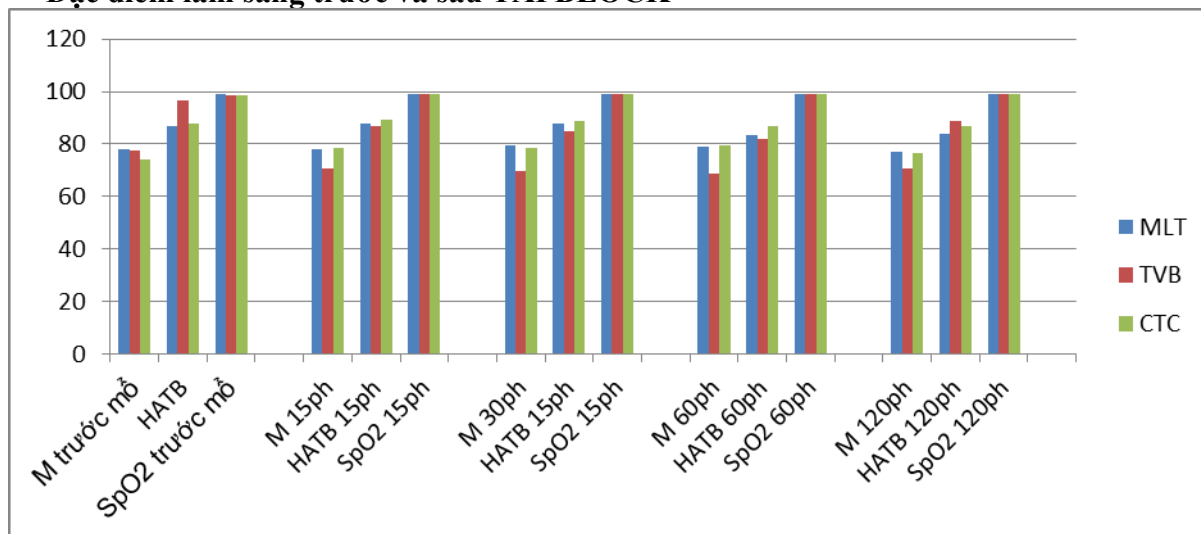
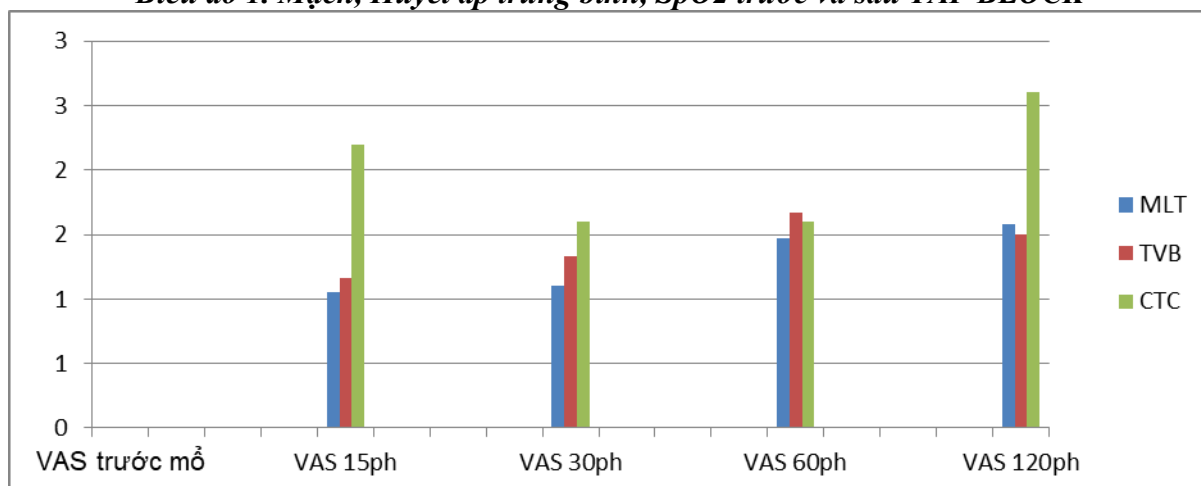
- Nếu bệnh nhân đau, điểm VAS ≥ 4 thì cho thêm các thuốc giảm đau: parafalgan 1g truyền tĩnh mạch trong vòng 15 phút và voltarel 100mg.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Giới tính		
Nữ		83,3%
Nam		16,7%
ASA		
1		70%
2		26.7%
3		3.3%
Loại Phẫu Thuật		
Cắt tử cung		16.7%
Thoát vị bẹn		20%
Mổ lấy thai		63.3%
Tai biến TAP BLOCK	0	0%
Ngộ độc thuốc tê	0	0%

Đặc điểm lâm sàng trước và sau TAPBLOCK**Biểu đồ 1. Mạch, Huyết áp trung bình, SpO2 trước và sau TAP BLOCK****Biểu đồ 2. Thang điểm đau VAS****IV. BÀN LUẬN****Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu**

Giới tính nữ 83,3%, nam 16,7%, ASA I là 70%, ASA II là 26,7%, ASA III 3,3%, loại phẫu thuật: thoát vị bẹn chiếm 20%, cắt tử cung 16,7% và mổ lấy thai 63,3%. Trong quá trình làm TAP BLOCK cũng như bệnh nhân nằm phòng hồi tỉnh không ghi nhận tai biến và ngộ độc thuốc tê.

Thời gian giảm đau sau mổ, thuốc giảm đau dùng phối hợp sau mổ

Theo dõi sau gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng trong 24h, dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân ít có sự thay đổi, 10/30 bệnh nhân phải dùng phối hợp thêm các thuốc giảm đau Perfalgan và Voltarel chiếm tỷ lệ 33,3%, bệnh nhân phải dùng sớm nhất là sau 4 giờ, muộn nhất sau 18 giờ, có 03 ca phải dùng thêm Tramadol 10%,. Theo Balanco(4,5) gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng có tác dụng giảm đau trung bình và không tác dụng giảm đau tạng. Trong nghiên cứu của tác giả có 11/28 bệnh nhân không gây tê mặt phẳng cơ

ngang bụng phải dùng morphin trong vòng 24 h đầu tiên sau gây tê chiếm tỷ lệ 33% so với của chúng tôi là 10%, Ilana Sebbag và cộng sự(8) khi nghiên cứu 3 ca bệnh có sử dụng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng phối hợp với Acetaminophen 650mg và Ketorolac 15mg để giảm đau sau mổ lấy thai thì thấy trong vòng 24h đầu sau mổ bệnh nhân không có nhu cầu dùng thêm thuốc giảm đau opioid.

Điểm đau VAS

Thang điểm đau VAS tại phòng hồi tỉnh đạt điểm đau dưới hoặc bằng 3, có 02 trường hợp cắt tử cung và 01 trường hợp thoát vị bẹn phải sử dụng thêm Tramadol. Cả 19 ca mổ lấy thai không sử dụng thuốc nhóm opioids.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng có tác dụng giảm đau sau mổ lấy thai, cắt tử cung và thoát vị bẹn. Thời gian giảm đau của phương pháp là $12,57 \pm 5,07$ giờ. Phương pháp ghi nhận có 02 ca cắt tử cung và 01 ca thoát vị bẹn phải dùng Opioids, mổ lấy thai thì không sử dụng nhóm Opioids và không ghi nhận tai biến, ngộ độc thuốc tê và các tác dụng phụ như: buồn nôn, nôn, ngứa...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charlton S, Cyna AM, Middleton P, Griffiths JD.** Perioperative transversus abdominis plane (TAP) blocks for analgesia after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; : CD007705.
2. **Jankovic ZB, du Feu FM, McConnell P.** An anatomical study of the transversus abdominis plane block: location of the lumbar triangle of Petit and adjacent nerves. *Anesth Analg* 2009; 109:981.
3. **Abdallah FW, Chan VW, Brull R.** Transversus abdominis plane block: a systematic review. *Reg Anesth Pain Med* 2012; 37:193.
4. **Johns N, O'Neill S, Ventham NT, et al.** Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) block in abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis* 2012; 14:e635.
5. **De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Nader A, et al.** Transversus abdominis plane block to ameliorate postoperative pain outcomes after laparoscopic surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2014; 118:454.
6. **Zhao X, Tong Y, Ren H, et al.** Transversus abdominis plane block for postoperative analgesia after laparoscopic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7:2966.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH SỬ DỤNG IVIG TẠI KHOA HỒI SỨC BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Tôn Minh Trí*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giảm tiểu cầu là một bất thường thường gặp tại khoa hồi sức tích cực. Nhiều cơ chế sinh bệnh học phối hợp với nhau, bao gồm: kích hoạt tiểu cầu qua trung gian thrombin, phá huỷ tiểu cầu do kháng thể, giảm giả do pha loãng, thực bào máu, histones ngoại bào, thiếu hụt ADAMTS13 và hoạt hoá bổ thể. Các nghiên cứu gần đây cho thấy giảm tiểu cầu là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập. Do đó các nhà lâm sàng cần có sự tiếp cận có hệ thống và điều trị nguyên nhân gây giảm tiểu cầu.

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng.

Kết quả: Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Bệnh nhân có tình trạng giảm tiểu cầu miễn dịch nặng đã sử dụng Steroids không hiệu quả và sau đó phải sử dụng Globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch. Kết quả là số lượng tiểu cầu tăng đáp ứng với IVIG.

Kết luận: Một trường hợp giảm tiểu cầu ở bệnh nhân nặng khoa hồi sức tích cực cần có được sự tiếp cận có hệ thống để phân định phần nào nguyên nhân gây ra. Giảm tiểu cầu nặng ($<20.000/mm^3$) có chẩn đoán phân biệt rất hạn chế, có nhiều khả năng phản ánh một trong những nguyên nhân sau: suy tuỷ xương, đông máu nội mạch lan toả, giảm tiểu cầu do tự miễn dịch hay dị miễn dịch, giảm tiểu cầu do thuốc và hội chứng thực bào máu. Nếu xác định giảm tiểu

cầu là do tình trạng miễn dịch thì bệnh nhân nên được sử dụng Steroids, có khi phải phối hợp IVIG.

SUMMARY

A CASE REPORT: A PATIENT IMMUNO THROMBOCYTOPENIA TREATED WITH INTRAVENOUS IMMUNO GLOBULIN AT ICU IN HOAN MY SAI GON HOSPITAL

Background: Thrombocytopenia is common among patients admitted to the intensive care unit (ICU). Multiple pathophysiological mechanisms may contribute, including thrombin-mediated platelet activation, dilution, hemophagocytosis, extracellular histones, ADAMTS13 deficiency, and complement activation. Recent studies found thrombocytopenia to be an independent predictor of mortality. Therefore, the physicians should systematically assess thrombocytopenia for the principal issue and appropriate treatment.

Method: Case report.

Results: We report a rare clinical case at Hoan My Saigon Hospital. The patient with severe immuno thrombocytopenia had treated with steroids and intravenous immuno globulin. The result was a recovery quantity of platelets.

Conclusions: Systematic assessment should be taken place in severe thrombocytopenia in ICU to find out the significant causes. Severe thrombocytopenia ($<20.000/mm^3$) may be caused by these following reasons: aplastic anemia, disseminated intravascular coagulation, thrombocytopenia with autoantibodies or alloantibodies, drug-induced thrombocytopenia and hemophagocytosis. When immuno

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Minh Trí

Email: triton0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

thrombocytopenia is confirmed, steroids should be prescribed, and occasionally combined with IVIG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm tiểu cầu là một bất thường về huyết học thường gặp tại khoa hồi sức tích cực. Nhiều cơ chế sinh bệnh học phối hợp với nhau, bao gồm: kích hoạt tiểu cầu qua trung gian thrombin, phá huỷ tiểu cầu do kháng thể, giảm giả do pha loãng, thực bào máu, histones ngoại bào, thiếu hụt ADAMTS13 và hoạt hoá bổ thể. Từ góc nhìn lâm sàng, quá trình giảm tiểu cầu tại khoa hồi sức tích cực thường là chỉ điểm của sự rối loạn nghiêm trọng của các hệ cơ quan và mất bù trừ sinh lý, chứ không phải là những rối loạn huyết học nguyên phát, tuy nhiên, vẫn có trường hợp giảm tiểu cầu nguyên phát cần điều trị ức chế miễn dịch. Sáu trên 8 nghiên cứu quan sát sử dụng phân tích đa biến đánh giá mối liên quan giữa giảm tiểu cầu và tử vong cho thấy giảm tiểu cầu là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập. Do đó các nhà lâm sàng cần có sự tiếp cận có hệ thống và điều trị nguyên nhân gây giảm tiểu cầu. Nay chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng giảm tiểu cầu nghi do miễn dịch, điều trị thành công với globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 74 tuổi, nhập viện vì ói ra máu và đi cầu phân đen. Tiền căn: tăng huyết áp, bệnh 3 nhánh mạch vành, suy tim, đái tháo đường 2 điều trị với bác sĩ viện tim; giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân từ tháng 10 năm 2019 với số lượng tiểu cầu khoảng $60 \times 10^9/\text{mm}^3$.

Vấn đề lúc nhập viện: xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên Killip I, giảm tiểu cầu nặng. Xử trí ban đầu: truyền hồng cầu lắng, truyền tiểu cầu, statin. Hội chẩn toàn viện cho hướng xử trí như sau: nội soi dạ dày, truyền hồng cầu, truyền tiểu cầu theo dõi, tiếp tục statin.

Xét nghiệm ban đầu:

+ Bạch cầu: $9.390/\text{mm}^3$, Hb: 106g/L; Hct: 33%; PLT: $31.700/\text{mm}^3$; TQ: 11,8s; TCK: 23,4s; Fibrinogen: 5,7g/L, hồng cầu lưới: tăng; Coombs trực tiếp và gián tiếp: âm tính; phết máu ngoại vi bình thường, mảnh vỡ hồng cầu: không tìm thấy.

+ Creatinin: 97 $\mu\text{mol/L}$; Bilirubin toàn phần: 17,2 $\mu\text{mol/L}$; Procalcitonin: 0,21 ng/mL; CRP: 0,31 mg/dL; Triglycerid: 2,51 mmol/L; HBsAg, Anti HCV, Anti-HIV đều âm tính.

+ ANA âm tính, Anti-dsDNA âm tính; Anti-Sm: âm tính; C3: 78 mg/dL (BT: 80-120 mg/dL); C4: 12,5 mg/dL (BT: 15-45 mg/dL); PCR EBV âm tính, PCR CMV âm tính.

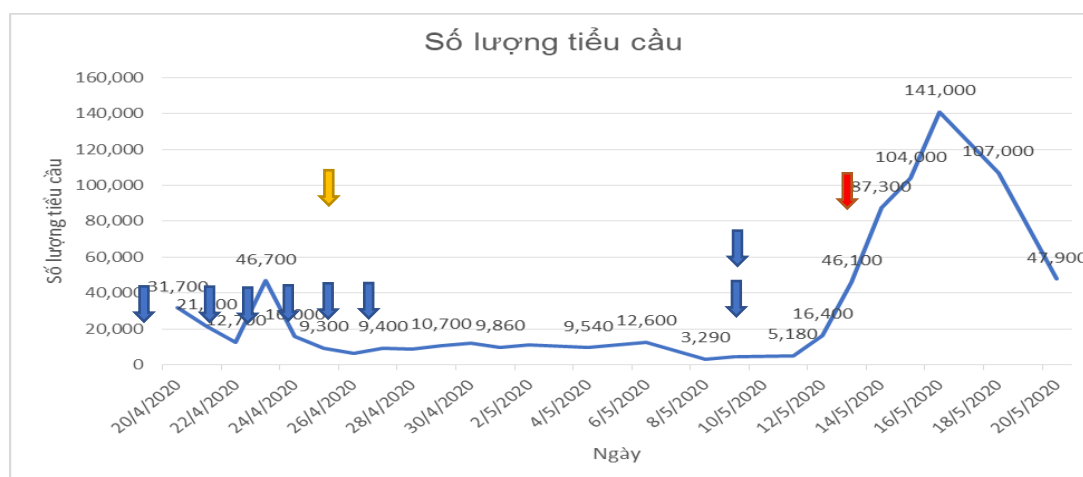
+ Tuỷ đồ: Tuỷ giàu, mẫu tiểu cầu 100 tế bào/ lam, không tế bào lạ.

+ Nội soi dạ dày: Viêm sung huyết toàn bộ dạ dày.

+ Siêu âm tim: EF: 41%, giảm động năng thành sau, giảm động vùng mỏm.

Điều trị: bệnh nhân được điều trị truyền hồng cầu lắng, truyền tiểu cầu, đánh giá đáp ứng truyền tiểu cầu bằng công thức CCI (Correct Count Increment) thấy truyền không hiệu quả, bác sĩ điều trị quyết định sử dụng Methylprednisolon 1mg/kg/ngày, dùng liên tục.

Diễn tiến:



Biểu đồ số lượng tiểu cầu của bệnh nhân trong quá trình nằm viện

- ↓ : Truyền tiểu cầu gan tách 250ml
- ↓ : Khởi động Solumedrol 1mg/kg/ ngày
- ↓ : Khởi động IVIG 1g/kg/ngày x 2 ngày

Về lâm sàng, từ ngày 24/04 bệnh nhân đã đi cầu phân vàng. Diễn tiến xuất huyết tiêu hoá tạm dừng. Ngày 8/5, bệnh nhân lơ mơ hơn, được chụp CT Scan sọ não xác định xuất huyết não bán cấp. Hội chẩn PGS Huỳnh Nghĩa đề nghị sử dụng IVIG liều 1g/kg/ngày x 2 ngày. Giải thích thân nhân hướng điều trị, tiên lượng, chi phí. Thân nhân đồng ý sử dụng IVIG. Ngày 11/8 bệnh nhân được sử dụng IVIG.

Sau sử dụng IVIG, tiểu cầu có xu hướng tăng dần và đạt đáp ứng sau 2 ngày như biểu đồ trên. Sau 10 ngày dùng IVIG, tiểu cầu lại giảm thấp dưới $30 \times 10^9 / \text{mm}^3$. Bệnh nhân được hội chẩn lại chuyên khoa huyết học, đồng thời giải thích thân nhân chuẩn bị chuẩn sang điều trị hàng hai như: eltrombopag hoặc rituximab. Tuy nhiên, diễn tiến bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, sốc nhiễm trùng và tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân này đã có tiền căn giảm tiểu cầu trước khi nhập viện. Sau đó số lượng tiểu

cầu giảm thấp và kéo dài sau nhập viện. Như vậy các nguyên nhân gây giảm tiểu cầu có thể nghĩ tới trên bệnh nhân này gồm có: suy tuỷ xương, ung thư tại tuỷ hoặc xâm nhập tuỷ, giảm tiểu cầu miễn dịch, hội chứng thực bào máu, ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP), giảm tiểu cầu do tiêu thụ qua chỗ xuất huyết đường tiêu hoá, nhiễm trùng hệ thống. Bệnh nhân đã được hội chẩn chuyên khoa và được làm các xét nghiệm chẩn đoán đầy đủ. Các xét nghiệm đánh giá tình trạng nhiễm trùng đều âm tính. Xét nghiệm phết máu ngoại vi và tuỷ đồ không ghi nhận bất thường, không ghi nhận mảnh vỡ hồng cầu, xét nghiệm đông máu trong giới hạn bình thường. Đặc biệt ở bệnh nhân này, dù tình hướng xuất huyết tiêu hoá ổn định, số lượng tiểu cầu giảm thấp liên tục. Bệnh nhân được truyền tiểu cầu gan tách và xét nghiệm lại tiểu cầu sau 1 giờ để đánh giá số lượng tiểu cầu sau truyền, và kết quả là truyền tiểu cầu không hiệu quả (qua đánh giá chỉ số CCI). Như vậy nguyên nhân gây giảm tiểu cầu ở bệnh nhân này nghĩ nhiều là do

miễn dịch và được khởi động điều trị như theo phác đồ ITP: methylprednisolon 1mg/kg/ngày, điều trị liên tục. Diễn tiến sau 14 ngày dùng corticoids (là thời gian đạt

đỉnh tác dụng trên tiểu cầu theo y văn) mà tiểu cầu vẫn chưa đáp ứng điều trị, thậm chí là có lúc giảm thấp dưới 10.000/ mm³ và phải truyền dự phòng.

Bảng 1. Liệu pháp điều trị hàng đầu của ITP

Thuốc	Liều dùng	Thời gian bắt đầu đáp ứng/ đỉnh đáp ứng	Tần suất đáp ứng	Tác dụng phụ
Prednisone	0,5 -2,0 mg/kg mỗi ngày trong 3-4 tuần	4-14 ngày/7-28 ngày	70-80%	Mất ngủ, tăng huyết áp, tăng đường huyết, rối loạn tâm thần, tăng cân, phù.
Dexamethasone	40mg/ngày trong 4 ngày liên tục mỗi 2-4 tuần, 1-4 chu kỳ	2-14 ngày/4-28 ngày	90%	Tương tự prednisone nhưng ít gặp hơn
Globulin miễn dịch truyền mạch	1g/kg mỗi ngày trong 1-2 ngày	1-3 ngày/ 2-7 ngày	85%	Phản ứng truyền dịch, độc thận

Tại thời điểm tiểu cầu đang thấp < 10.000/ mm³, bệnh nhân có một tình trạng xuất huyết não, có chỉ định dùng IVIG để nâng nhanh tiểu cầu lên. Sau điều trị IVIG, số lượng tiểu cầu tăng đáp ứng với điều trị. Trong quá trình dùng IVIG, không ghi nhận phản ứng truyền thuốc. Lâm sàng bệnh nhân sau đó ổn định hơn.

Như vậy, nguyên nhân hàng đầu gây giảm tiểu cầu của bệnh nhân này do là miễn dịch,

tuy nhiên kém đáp ứng với corticoids. Liệu pháp IVIG trên bệnh nhân này đạt hiệu quả, tiểu cầu được nâng trên 50.000/ mm³ sau 48 giờ, tuy nhiên do tác dụng ngắn của IVIG nên số lượng tiểu cầu giảm lại sau 10 ngày. Đến đây, bệnh nhân đã có chỉ định chuyển sang liệu pháp second-line. Tuy nhiên bệnh nhân đã tử vong do sốc nhiễm trùng trước khi bắt đầu liệu pháp second-line.

Bảng 2. Bảng đánh giá đáp ứng điều trị theo nhóm làm việc quốc tế về ITP (International Working Group Descriptive Terminology for ITP)

Đáp ứng (Response)	Số lượng tiểu cầu $\geq 30 \times 10^9$ / L trong 2 lần xét nghiệm cách nhau 7 ngày
Đáp ứng hoàn toàn (Complete response)	Số lượng tiểu cầu $\geq 100 \times 10^9$ / L trong 2 lần xét nghiệm cách nhau 7 ngày
Kháng trị	Số lượng tiểu cầu vẫn giảm nặng sau điều trị

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Các chuyên gia đã đề ra các trường hợp giảm tiểu cầu có thể nhận ra nguyên nhân như sau:

- Tiểu cầu giảm thấp lúc nhập viện, không liên quan đến tình trạng lâm sàng nặng, cho thấy tình trạng giảm tiểu cầu này độc lập với bệnh cảnh chung như: suy tuỷ, giảm tiểu cầu miễn dịch, cường lách.

- Tiểu cầu giảm nhanh và hồi phục nhanh: thường sau phẫu thuật lớn, bắt cầu mạch vành hoặc truyền máu khối lượng lớn.

- Tiểu cầu giảm sau vài ngày đầu nhập viện và hồi phục sau khi tình trạng bệnh nặng hồi phục: đây là bệnh cảnh của nhiễm trùng huyết hoặc viêm hệ thống không nhiễm như: viêm tụy, bông

- Giảm tiểu cầu nặng ($<20.000/mm^3$) có chẩn đoán phân biệt hạn chế hơn nhiều so với giảm tiểu cầu mức độ nhẹ. Ở bệnh nhân hồi sức tích cực, giảm tiểu cầu nặng có nhiều khả năng phản ánh một trong những nguyên nhân sau:

- Suy tuỷ xương
- Đông máu nội mạch lan toả rải rác.
- Giảm tiểu cầu do tự miễn dịch hay dị miễn dịch, giảm tiểu cầu do thuốc
- Hội chứng thực bào máu

- Như vậy, một trường hợp giảm tiểu cầu ở bệnh nhân nặng khoa hồi sức tích cực cần có được sự tiếp cận có hệ thống để phân định phần nào nguyên nhân gây ra. Đặc biệt với một tình trạng tiểu cầu giảm rất thấp ($<20.000/mm^3$), truyền tiểu cầu hay không phụ thuộc vào tình trạng xuất huyết trên lâm sàng. Chỉ truyền tiểu cầu sự phòng khi tiểu cầu $<10.000/mm^3$. Sau truyền tiểu cầu từ 10 phút đến 60 phút nên thử lại số lượng tiểu

cầu để đánh giá chỉ số CCI, để biết mức độ hiệu quả của truyền tiểu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Y Hà Nội (2006)**, “Tiểu cầu và bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu”, Bài giảng Huyết học – Truyền máu sau Đại học, NXB Y học, tr: 235- 247.
2. **Hui P, Cook DJ, Lim W et al (2011)** “The frequency and clinical significance of thrombocytopenia complicating critical illness: a systematic review.”, Chest, vol 139(2), pp. 271-278.
3. **John P. Greer et al (2009)**, “Idiopathic autoimmune thrombocytopenic purpura”, Wintrobe’s clinical hematology, Vol 2, pp. 1292- 1304.
4. **Neunert C, Lim W, Crowther M, et al (2011)** “The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia.”, Blood, vol 117(16), pp. 4190-207.
5. **Raj AB (2017)** “Immune thrombocytopenia: pathogenesis and treatment approaches.”, J Hematol Transfus, vol 5(1), pp. 1056–1065.
6. **Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al (2009)** “Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group.”, Blood, vol 113(11), pp. 2386-93.
7. **Ryan Zarychanski, Donald S. Houston (2017)** “Assessing thrombocytopenia in the intensive care unit: the past, present, and future”, Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 2017(1), pp. 660–666.
8. **Williamson DR, Lesur O, Tétrault JP, et al (2013)** “Thrombocytopenia in the critically ill: prevalence, incidence, risk factors, and clinical outcomes.”, Can J Anaesth, vol 60(7), pp. 641-51.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT TÚI MẬT NỘI SOI SAU NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG LẤY SỎI MẬT

Nguyễn Ngọc Thao*, Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn*
Nguyễn Thanh Thoại*, Nguyễn Văn Định*

TÓM TẮT

Mở đầu: Tỷ lệ sỏi ống mật chủ (SOMC) ở những trường hợp có sỏi túi mật (STM) chiếm khoảng 5-15%. Tỷ lệ biến chứng của nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP) trong điều trị SOMC khoảng 5,1%, bao gồm 1,6% viêm tụy và 0,4% tử vong liên quan đến thủ thuật này. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi (CTMNS) sau ERCP có tỷ lệ biến chứng và mổ hở cao hơn do khả năng viêm dính không dự đoán trước được và thời điểm phẫu thuật thích hợp vẫn còn bàn cãi.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật CTMNS sau NSMTND trong điều trị sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật.

Phương pháp nghiên cứu: 104 trường hợp được phẫu thuật CTMNS sau NSMTND trong thời gian từ 1/2015 đến 5/2019 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Kết quả: Độ tuổi trung bình 60 tuổi (21-98), tỷ lệ nữ/nam là 1,26/1. Có 83 (79,8%) trường hợp được phẫu thuật trước 72 giờ, 21 (20,2%) trường hợp được phẫu thuật sau 72 giờ làm ERCP. Sau ERCP có 1(0,9%) trường hợp có biến chứng chảy máu và 16 (15,3%) trường hợp viêm tụy. Thời gian phẫu thuật trung bình 81 phút. Có 1(0,9%) trường hợp chuyển mổ hở. Không có

biến chứng tụy dịch, dò mật hay tổn thương đường mật sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 6,9 ngày. Không có sự khác biệt về biến chứng, tỷ lệ chuyển mổ hở. Tuy nhiên có sự khác biệt thời gian mổ, mức độ dính trong mổ, thời gian nằm viện giữa nhóm phẫu thuật trước 72 giờ và sau 72 giờ.

Kết luận: Phẫu thuật CTMNS sau ERCP đặc biệt phẫu thuật sớm trước 72 giờ trong điều trị SOMC kết hợp với STM là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY TREATMENT CHOLEDOCHOLITHIASIS

Background: The incidence of common bile duct stones in the patients with cholelithiasis is about 5-15%. The post-ERCP complication rate is about 5.1%, including: 1.6% of pancreatitis and 0.4% of mortality associated with this procedure. Laparoscopic cholecystectomy after ERCP has a higher rate of complications and converting to open surgery because of its unpredictable adhesions and the optimal interval between ERCP and LC is disputed.

Objectives: To evaluate the outcome of laparoscopic cholecystectomy post ERCP for the treatment of cholecystolithiasis.

Method: The study included 104 patients with laparoscopic cholecystectomy after ERCP during the period from January 2015 to May

*Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thao
Email: thao.nguyen@hoanmy.com
Ngày nhận bài: 8.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020
Ngày duyệt bài: 31.10.2020

2019, at Hoan My Saigon Hospital.

Results: Mean age was 60 years (21-98), female/male ratio of 1.26/1. 83 (79,8%) patients were operated within 72 hours and 21 (20,2%) patients were operated upon 72 hours after ERCP. Bleeding in 1 case and post ERCP pancreatitis in 16 cases. The average time of surgery was 81 minutes. 1 case of conversing to open surgery. No complication of fluid collection, bile fistula or biliary injury after surgery. The average hospitalization time was 6,9 days. There was no difference between two groups in complications, the rate of conversing to open surgery. However, there was a difference in hospitalization stay, operation time, degree of adhesion in surgery.

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy within 72 hours after ERCP in the treatment of cholecystolithiasis is feasible and safe with short hospital stay

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một trong những bệnh tiêu hóa thường gặp trên thế giới, chiếm 15% ở các nước Âu Mỹ. Trong đó, sỏi túi mật chiếm 60%, sỏi ống mật chủ 15%, sỏi gan 5-19% [1]

Tỉ lệ sỏi ống mật chủ (SOMC) ở những trường hợp có sỏi túi mật (STM) khá cao, 5-15% [4], có thể gây biến chứng vàng da - tắc

mật, viêm đường mật, viêm gan, viêm tụy cấp,...

Hầu hết các trường hợp có STM, sau làm NSMTND lấy SOMC đều được khuyến cáo phẫu thuật cắt túi mật (CTM) nếu tình trạng bệnh nhân cho phép để ngăn chặn những triệu chứng đường mật tái diễn [4],[6]. Phẫu thuật CTMNS sau NSMTND có tỉ lệ biến chứng và mổ hở cao hơn do viêm dính không dự đoán trước được; tuy nhiên, thời điểm phẫu thuật thích hợp nhất vẫn còn bàn cãi. Các Hiệp hội cũng khuyến cáo không nên cắt túi mật nội soi trong cùng ngày thực hiện NSMTND lấy sỏi OMC [6].

Như vậy, liệu thời gian phẫu thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật CTMNS trước 72 giờ và sau 72 giờ làm NSMTND lấy sỏi OMC có gì khác nhau? Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

- Xác định tỉ lệ mổ mở, tai biến, biến chứng CTMNS sau NSMTND lấy sỏi OMC.
- Xác định thời gian mổ của CTMNS trước và sau 72 giờ làm NSMTND lấy sỏi OMC, xác định thời gian nằm viện điều trị sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật kèm viêm đường mật độ 1, độ 2 ở 2 nhóm CTMNS trước và sau 72 giờ làm NSMTND lấy sỏi OMC.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Chẩn đoán viêm đường mật cấp tính.

Bảng 1: Chẩn đoán viêm đường mật cấp tính theo hướng dẫn Tokyo 2018[5]

A. Đáp ứng viêm toàn thân

A.1. Sốt và/ hoặc lạnh run, thân nhiệt trên 38°C,

A.2. Xét nghiệm máu có dấu hiệu viêm. CRP > 1 mg/L. Bạch cầu > 10.000/mm³ hoặc < 4.000/mm³.

B. Tình trạng ứ mật

B.1. Vàng da. Billirubin ≥ 2 mg/dL,

B.2. Xét nghiệm men gan bất thường: SGOT, SGPT > 1,5 giới hạn trên giá trị bình thường.

C. Hình ảnh

C.1. Giãn đường mật,

C.2. Có bằng chứng về nguyên nhân trên hình ảnh học (hẹp, sỏi, stent,...),

Chẩn đoán nghi ngờ: A.1 hoặc A.2 kết hợp với B.1 hoặc B.2 hoặc C.1 hoặc C.2,

Chẩn đoán xác định: A.1 hoặc A.2 kết hợp với B.1 hoặc B.2 kết hợp với C.1 hoặc C.2.

Điều trị. Theo hướng dẫn Tokyo 2018[6], NSMTND cắt cơ vòng lấy sỏi đường mật nên thực hiện cùng một thì với dẫn lưu mật ở những bệnh nhân có viêm đường mật cấp do sỏi mật độ 1- 2.

Đánh giá mức độ dính của túi mật trong mổ theo Huge

Độ 1: không dính

Độ 2: dính nhẹ, dễ dàng gỡ dính

Độ 3: dính vừa, xơ dính bao bọc lấy túi mật, gỡ dính khó khăn

Độ 4: dính nặng, bao gồm các cấu trúc xung quanh như tá tràng, đại tràng, khó có khả năng bóc tách an toàn, có thể phải mổ hở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Tiêu chí chọn mẫu. STM kèm SOMC có viêm đường mật độ I, độ II đã được thực hiện NSMTND lấy sạch SOMC lần và phẫu thuật CTMNS trong cùng thời gian nằm viện và $ASA \leq 3$.

- Tiêu chí loại trừ. Những bệnh nhân sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ kèm ung thư tụy, ung thư đường mật, ung thư túi mật, có phẫu thuật vùng bụng trên trước đó hoặc đã can thiệp NSMTND trước thời điểm nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Có 104 trường hợp được phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau NSMTND lấy sỏi OMC do viêm đường mật tại BV Hoàn Mỹ Sài Gòn. Kết quả như sau:

- Giới, tuổi: nữ giới chiếm 55,8% (58/104), nam giới chiếm 44,2%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $60,7 \pm 19,1$ tuổi

- Triệu chứng: đau bụng chiếm 91%, tam chứng Charcot 21%.

- Xét nghiệm: số lượng bạch cầu trung bình $11,5 \pm 4,3$ G/L, 87 bệnh nhân (83,7%) có giá trị CRP tăng. 14% Amylase máu tăng gấp 3 lần bình thường, 13,3% lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường, 70,2% SGPT tăng, 66,3% SGOT tăng, 81,7% Bilirubin tăng.

Siêu âm bụng: 100% phát hiện STM, 26% phát hiện SOMC. Chụp cắt lớp vi tính bụng 89,6% phát hiện SOMC, chụp cộng hưởng từ bụng 100% phát hiện SOMC

- Biến chứng của nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp sỏi ống mật chủ: Viêm tụy cấp nhẹ 16(15,3%), chảy máu 1(0,9%).

- Cắt túi mật nội soi : Thời gian mổ trung bình $81,2 \pm 27,9$ phút, thời gian mổ trung bình của nhóm cắt túi mật trước 72 giờ ngắn hơn 30 phút so với nhóm mổ sau 72 giờ sau NSMTND có ý nghĩa, với $p = 0,001$ (kiểm định Mann Whitney).

Mức độ dính túi mật trong mổ**Bảng 2. So sánh mức độ dính túi mật trong mổ theo nhóm bệnh nhân cắt túi mật trước và sau 72 giờ sau nội soi mật tụy ngược dòng.**

Mức độ dính	Thời điểm cắt túi mật sau nội soi mật tụy ngược dòng		Tổng	p
	Trước 72 giờ	Sau 72 giờ		
Độ 1	7 (8,6%)	1 (4,3%)	8 (7,7%)	P<0,0001
Độ 2	46 (56,8%)	3 (13%)	49 (47,1%)	
Độ 3	26 (31,1%)	13 (56,6%)	39 (37,5%)	
Độ 4	2 (2,5%)	6 (26,1%)	8 (7,7%)	
	81 (100%)	23 (100%)	104 (100%)	

- Thời điểm mổ cắt túi mật nội soi càng trễ sau NSMTND lấy sỏi OMC thì mức độ dính thấy được trong mổ càng cao, với hệ số tương quan Spearman là 0,421 và có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,0001$.

- Chuyển mổ mở, biến chứng sau mổ: 1 bệnh nhân chuyển mổ mở, 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, 1 bệnh nhân viêm phổi sau mổ, ngoài ra không có biến chứng khác như chảy máu, rò mật, thủng ruột.

- Thời gian nằm viện trung bình là $6,9 \pm 1,8$ ngày, trước 72 giờ là $6,6 \pm 1,7$ ngày ngắn hơn so với nhóm được mổ sau 72 giờ sau NSMTND là $7,7 \pm 1,7$ ngày, $p = 0,0001$ (kiểm định Mann-Whitney).

- Tương quan giữa thời gian nằm viện và thời điểm mổ thì mổ càng trễ sau NSMTND lấy sỏi OMC thì thời gian nằm viện càng lâu, hệ số tương quan Pearson là 0,2, với $p = 0,03$.

IV. BÀN LUẬN

- Các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán viêm đường mật do sỏi. Cần phối hợp với các xét nghiệm huyết

học, sinh hóa và hình ảnh để chẩn đoán xác định viêm đường mật cấp.

- Biến chứng viêm tụy cấp nhiều hơn các tác giả khác có lẽ do chúng tôi thực hiện NSMTND lấy sỏi OMC khi đã có biến chứng viêm đường mật, bơm rửa đường mật nhiều lần (trên 3 lần) do sỏi kẹt và mù đường mật.

- Thời điểm cắt túi mật sau NSMTND lấy sỏi OMC: nên thực hiện sớm nhất có thể khi tình trạng viêm đường mật, tắc mật, viêm tụy cấp ổn định tránh xơ dính vùng tam giác Calot, thay đổi cấu trúc túi mật.

- Mức độ dính túi mật trong mổ: việc cắt túi mật sau NSMTND lấy sỏi OMC càng trễ, cùng với dùng thuốc cản quang chụp hình đường mật trong NSMTND dẫn đến xơ dính túi mật càng nhiều.

- Tỷ lệ chuyển mổ mở thấp, biến chứng nhẹ. do chỉ chọn những bệnh nhân có sỏi OMC kèm viêm đường mật độ 1 (nhẹ), độ 2 (trung bình), phân độ gây mê $ASA \leq 3$, và chỉ những phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ sỏi túi mật có biến chứng mới được phân quyền thực hiện cắt túi mật sau NSMTND lấy sỏi OMC.

- Việc cắt túi mật càng trễ sau NSMTND lấy sỏi OMC thì thời gian nằm viện càng lâu.

V. KẾT LUẬN

Thời gian mổ ngắn hơn, thời gian nằm viện ít hơn, mức độ dính ít hơn ở nhóm CTMNS trước 72 giờ so với nhóm CTMNS sau 72 giờ.

Cả 2 nhóm đều chưa có biến chứng liên quan trực tiếp đến kỹ thuật mổ (chảy máu, rò mật, thủng ruột).

Như vậy, cắt túi mật nội soi có thể thực hiện an toàn trước hay sau 72 giờ trong cùng lần nhập viện ở bệnh nhân được nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Thuyên, Trần Gia Khánh, Đoàn Thanh Tùng, Nguyễn Tiến Quyết, Đỗ Mạnh Hùng, và cs. (2000)**, “Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại bệnh viện Việt Đức (5773 trường hợp phẫu thuật từ 1976- 1998”, Ngoại khoa, 40 (2), tr. 18-23.
2. **Abe T, Hironubu A. (2019)**, “Efficacy and safety of early cholecystectomy for comorbid acute cholecystitis and acute cholangitis: Retrospective cohort study”, Annals of medicine and Surgery, (38), pp.8-12.
3. **Gerasimos S, Christos C. (2012)**, “Endoscopic extraction of large common bile duct stones: A review article”, World Journal of Gastrointestinal endoscopy, 4 (5), pp.167-179.
4. **Kenny R, Richardson J. (2014)**, “Laparoscopic common bile Duct exploration versus pre or post- operative ERCP for common bile duct stones in patients undergoing cholecystectomy: Is there any difference?”, International Journal of Surgery, (12), pp.989-993.
5. **Kiriyama S, Kozaka K, et al (2018)**, “Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis”, J Hepatobiliary Pancreat Sci, (25), pp.17–30.
6. **Miura F, Okamoto K, et al (2018)**, “Tokyo Guideline 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis”, J Hepatobiliary Pancreat Sci, (25), pp.31-40.
7. **Nicholas A, Saxon C. (2012)**, “Meta- analysis od one- VS. two- stage laparoscopic/ endoscopic management of common bile duct stones”, HPB (14), pp.254-259.
8. **Toshio T, Tadahiro O. (2011)**, “Risk factors for post endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: Prospective single institution study”, Digestive Endoscopy, 19 (1), pp.49-51.

NGHIÊN CỨU HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁN BỘ CÔNG NHÂN VIÊN KHU CÔNG NGHIỆP TẠI BÌNH DƯƠNG THEO TIÊU CHUẨN NCEP - ATP III

Trần Thị Tuyết Lan*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở cán bộ công nhân viên khu công nghiệp tại Bình Dương theo tiêu chuẩn NCEP ATP III. Tìm mối liên quan giữa các yếu tố (tuổi, giới, BMI, thói quen, vị trí làm việc, bệnh lý) với HCCH 2016-2017

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: n = 1000. Thời gian lấy mẫu từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 12 năm 2018. Chọn ngẫu nhiên 05 doanh nghiệp đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát cắt ngang, mô tả và phân tích.

Kết quả: Trong 1000 đối tượng được sàng lọc nghiên cứu, tuổi trung bình $33,9 \pm 7,9$ của đối tượng được phân bố ở một khoảng rất rộng, tuổi thấp nhất là 23, tuổi cao nhất là 57. Đối tượng nữ chiếm 35,3%, nam giới 64,7%. BMI ở mức thừa cân chiếm 18,9 %, mức béo phì BMI ≥ 25 có tỷ lệ 16,5%. Tỷ lệ cán bộ quản lý tăng dần theo nhóm tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 40 - < 50 (15,1 %). Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP – ATP III là 15,4%. Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa được chẩn đoán dựa vào số lượng các tiêu chuẩn trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu theo lần lượt là: 3 tiêu chuẩn 12,4%, 4 tiêu chuẩn 3,1%, 5 tiêu chuẩn 0%.

Kết luận: Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa ở cán bộ công nhân viên các khu công nghiệp tại Bình

Dương theo tiêu chuẩn NCEP – ATP III là 15,4%.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, NCEP – ATP III, cán bộ công nhân viên, BMI, huyết áp, glucose máu, cholesterol, triglycerid.

SUMMARY

THE STUDY METABOLIC SYNDROME AND A NUMBER RELATED FACTORS IN INDUSTRIAL ZONE EMPLOYEES IN BINH DUONG PROVINCE BY NCEP STANDARDS - ATP III

Objective: To survey the proportion and characteristics of the metabolic syndrome (metabolic syndrome) at the officers and employees of industrial parks in Binh Duong NCEP ATP III standards. Find the relationship between the factors (age, sex, BMI, habits, work location, diseases) with metabolic syndrome.

Subjects and Methods Study: Officers and employees working in the industrial parks in Binh Duong agreed to participate in the study, were tested Blood enough fat and fasting blood glucose, which in 1200 took subjects agree study participants (signed to participate) - sampling list of staff until a sufficient number. However, after applying exclusion criteria, choose n = 1000. Sampling time from December 2016 to September 2018. Randomly select 05 firms included in the study. Cross-sectional observational study, described and analyzed.

Results: In 1000 subjects were screened for the study, the average age of 33.9 ± 7.9 objects are distributed in a very wide range, minimum

*Bệnh viện Vạn Phúc 2.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tuyết Lan

Email: lan.tran@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

age is 23, the oldest is 57. Subjects women 35.3%, 64.7% male. Overweight BMI at 18.9%, the obese BMI ≥ 25 16.5% rate. Proportion of managers increases with age, the highest proportion in the age group 40 - <50 (15.1%). Ratio metabolic syndrome according to the NCEP criteria - ATP III was 15.4%. Ratio metabolic syndrome is diagnosed based on the number of standards in all subjects research respectively: 12.4% 3 Standard, 4 Standard 3.1%, 0% 5 Standard.

Conclusion: Prevalence of the metabolic syndrome in workers and employees of industrial parks in Binh Duong standard NCEP - ATP III was 15.4%.

Keywords: Metabolic syndrome, NCEP - ATP III, officers and employees, waist, BMI, blood pressure, blood glucose, cholesterol, triglycerides.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCCH được đặc trưng bởi sự hiện diện đồng thời các triệu chứng như béo phì, rối loạn lipid máu, tăng đường huyết và tăng huyết áp. Ở HCCH xuất hiện tình trạng đề kháng insulin. Tình trạng này thường có trước bệnh đái tháo đường type 2 và bản thân nó đã là một tình trạng bệnh lý quan trọng cần thiết phải được điều trị.

Ngoài ra, những người có hội chứng chuyển hóa có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường type 2 lớn hơn gấp 5 lần người không có HCCH. Hội chứng chuyển hóa liên quan chặt chẽ đến các yếu tố: Béo phì, chế độ ăn, tập luyện thể lực, nghề nghiệp, trình độ học vấn... Trong thực tế lâm sàng, rất nhiều trường hợp người dân và cán bộ công nhân viên tại các khu công nghiệp đến khám bệnh lần đầu được chẩn đoán: THA, ĐTĐ, RLLP máu, béo phì. Tuy nhiên, trong quá trình tìm kiếm tài liệu chưa tìm thấy nghiên cứu nào nói về tỷ lệ cán bộ công nhân viên khu công

nh nghiệp có hội chứng chuyển hóa.

Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để khảo sát tình hình hội chứng chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ với mục tiêu: “Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở cán bộ công nhân viên khu công nghiệp tại Bình Dương theo tiêu chuẩn NCEP ATP III. Tìm mối liên quan giữa các yếu tố (tuổi, giới, BMI, thói quen, vị trí làm việc, bệnh lý) với HCCH 2016-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Cán bộ công nhân viên làm việc tại khu công nghiệp Mỹ Phước và VsipII, Vsip I – Bình Dương

Thời gian nghiên cứu: Tháng 12/ 2016 – 09/2018

Tiêu chuẩn Chọn mẫu: : đối tượng là công nhân khu công nghiệp, đồng ý tham gia nghiên cứu, nhịn đói đủ 8 giờ trước khi lấy mẫu máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng nghiên cứu đang bị bệnh cấp tính và phụ nữ đang mang thai. Sau khi áp dụng tiêu chuẩn loại trừ, chọn ra $n = 1000$.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả và phân tích

Cỡ mẫu: $n = z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$. $z_{(1-\alpha/2)}$ là độ tin cậy ở ngưỡng xác suất $\alpha = 5\%$ ($z = 1,96$) cỡ mẫu được tính toán là 289

Chọn mẫu: Trong 300 doanh nghiệp tại 3 khu công nghiệp Bình Dương, chọn ngẫu nhiên 05 doanh nghiệp trong đó lấy 1200 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu Sau khi áp dụng tiêu chuẩn loại trừ, chọn ra $n = 1004$.

Thu thập số liệu và các biến số:

Chẩn đoán xác định hội chứng chuyển hóa: Theo tiêu chí của ATP III – NCEP khi đối tượng có từ 3 yếu tố trở lên trong các yếu

tổ sau: Nam có vòng bụng ≥ 90 cm, nữ có vòng bụng ≥ 80 cm. Triglycerid máu ≥ 150 mg/dl ($\geq 1,7$ mmol/L). HDL-C < 40 mg/dl đối với nam (<1.0 mmol/L) và <50 mg/dl với nữ (<1.3 mmol/L). Huyết áp $\geq 130/85$ mmHg. Tăng glucose máu khi đói $\geq$

110mg/dl (≥ 6.1 mmol/L).

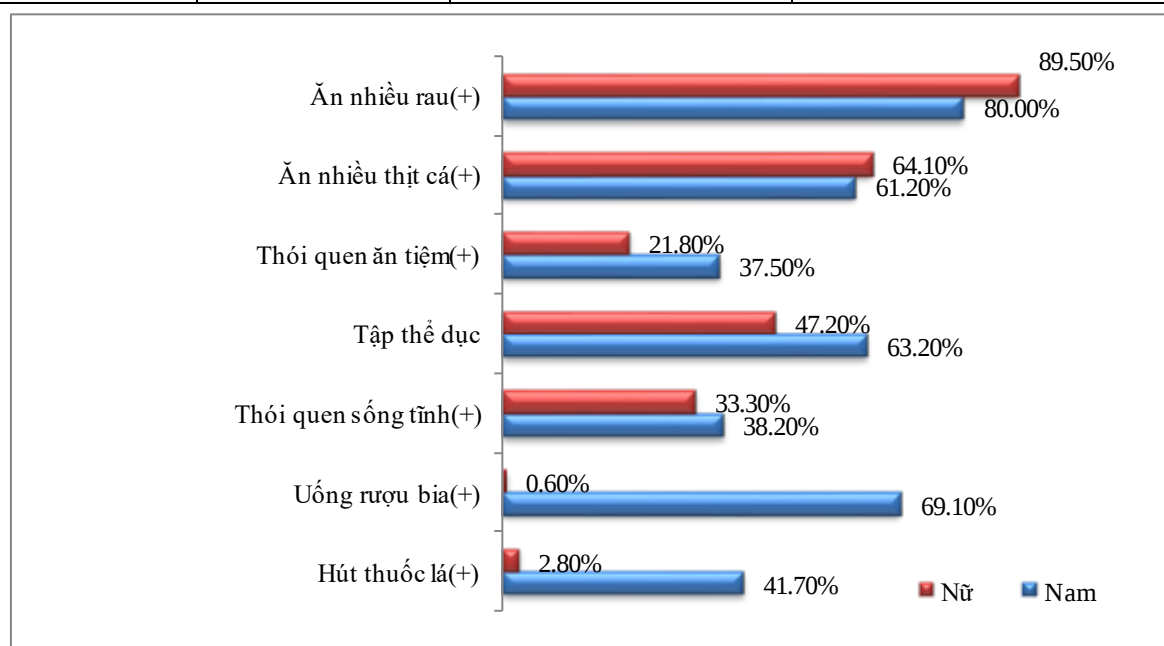
Phân tích thống kê:

Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS18.0. Dùng phép kiểm tra để so sánh 2 số trung bình của biến số định lượng phân phối bình thường giữa 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 1000)

Tuổi trung bình			33.9 $\pm$ 7,9
Giới tính	Nữ	350	35.3%
	Nam	650	64.7%
Vị trí làm việc	Quản lý	62	6.2%
	Công nhân	910	93.8%
BMI	Dư cân	190	18.9 %
	Béo phì	166	16.5 %
Vòng eo	Nam (> 90 cm)	94	14,5%
	Nữ (>80 cm)	111	31,4%



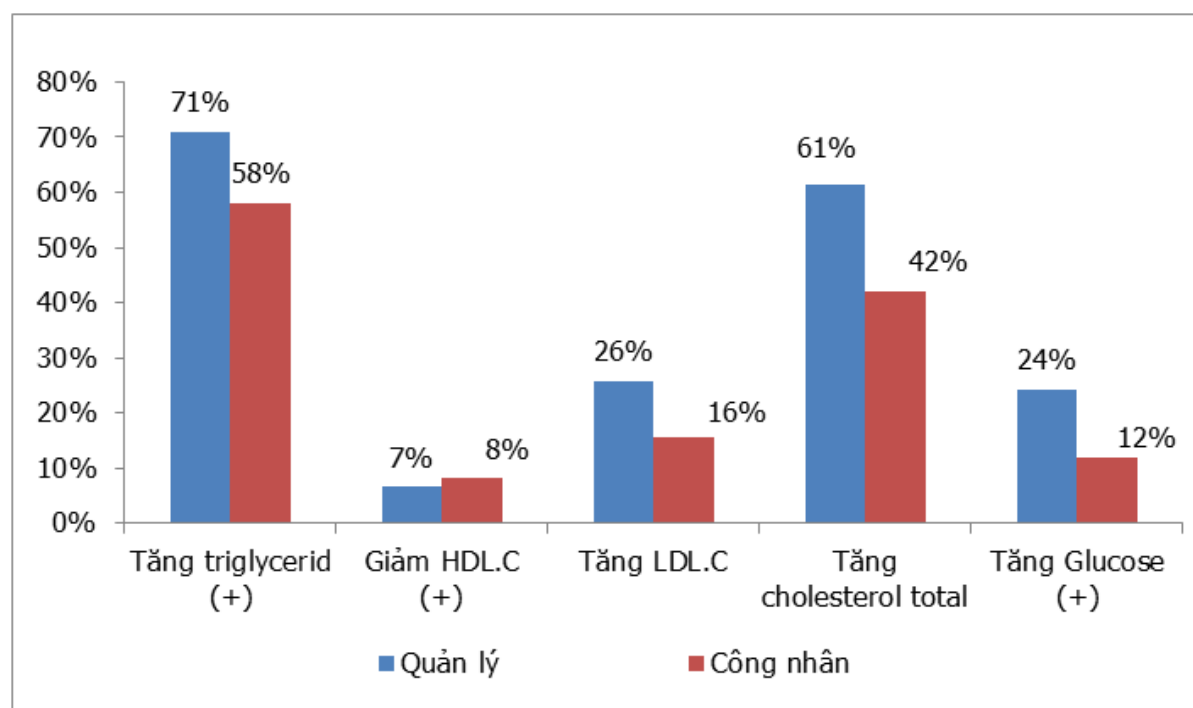
Biểu đồ 1: Đặc điểm thói quen và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n = 1004)

Tính chung có tới 36% đối tượng sống tĩnh tại, uống rượu bia có 44.9%, hút thuốc lá có 28%, ăn nhiều thịt cá chiếm tới 62% và khác nhau giữa nam – nữ.

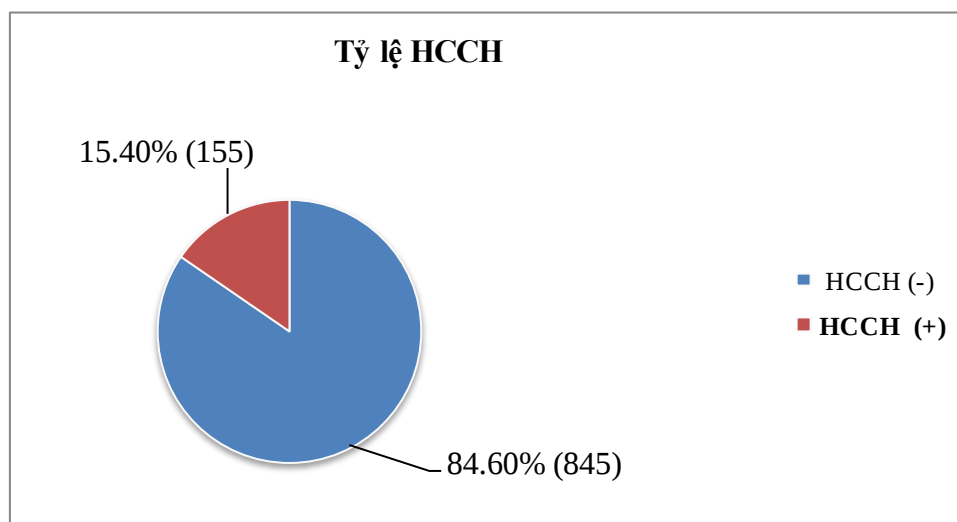
Bảng 2. Đặc điểm của các đối tượng có HCCH và không có HCCH

Đặc Điểm	HCCH (+) (n=155)	HCCH (-) (n=845)	P
Tuổi	38.3 ± 8,1	33,1 ± 7,1	0,000
Cân nặng (kg)	64.6 ± 11,1	55.9 ± 8,6	0,000
BMI	24.7 ± 3	21.9 ± 4.9	0,937
Huyết áp tâm thu (mmHg)	137,1 ± 15,8	118.8 ± 12,6	0,000
Huyết áp tâm trương (mmHg)	83,6 ± 10,7	72,6 ± 9,1	0,001
Vòng eo	88 ± 7,6	76,5 ± 8,5	0,239
Glucose máu khi đói	6,3 ± 2,1	4,9 ± 0,8	0,000
LDL – C	2,5 ± 0,7	2,4 ± 0,8	0,696
HDL – C	1,4 ± 0,3	1,6 ± 0,3	0,186
Cholesterol toàn phần	5,4 ± 0,9	5,0 ± 0,9	0,355
Triglycerid máu	3,3 ± 1,6	2,1 ± 1,4	0,042

Tuổi thấp nhất là 23, tuổi cao nhất là 57, tuổi trung bình $33,9 \pm 7,9$. Đối tượng nữ chiếm 35,3% .



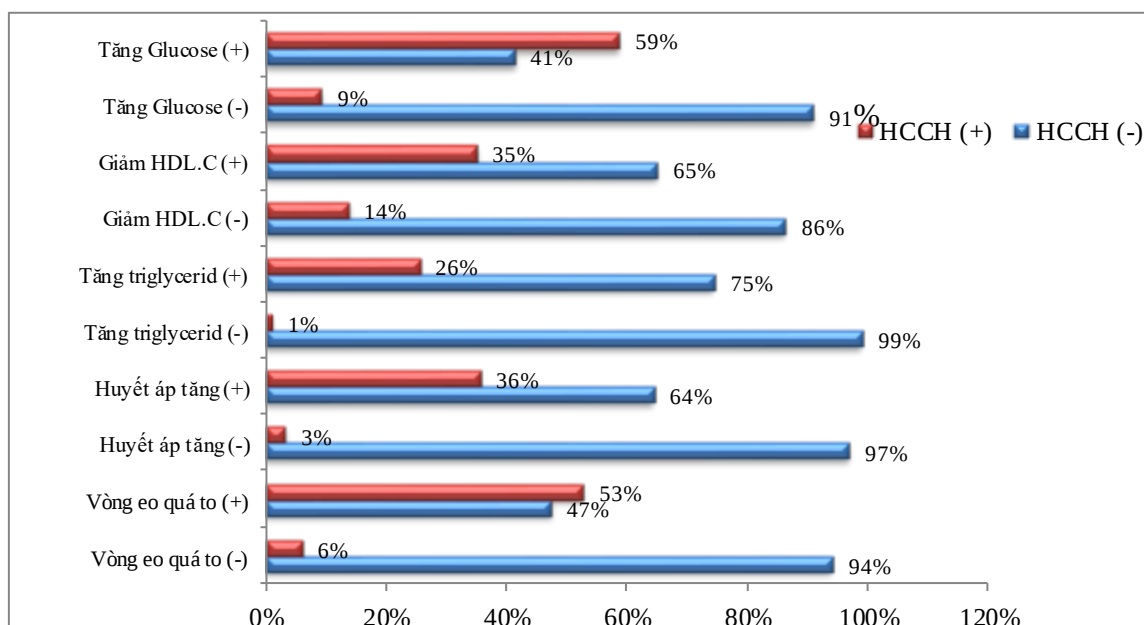
Biểu đồ 2: Vị trí làm việc của đối tượng nghiên cứu và chỉ số sinh hóa

**Biểu đồ 3. Tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn NCEP - ATP III****Bảng 3. Đặc điểm của các đối tượng có HCCH và không có HCCH về giới tính và vị trí làm việc**

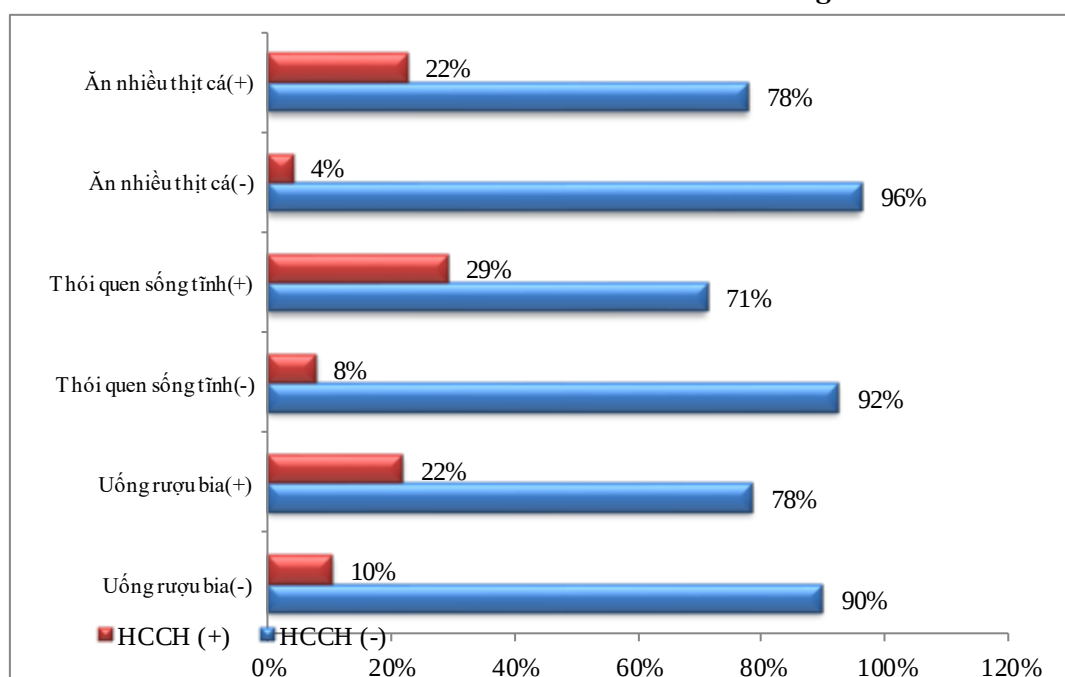
tâm việc					
Đặc điểm	HCCH				P
	HCCH (-)		HCCH (+)		
	Số Lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nam	531	82.9%	111	17.1%	0,052
Nữ	310	87.6%	44	12.4%	
Quản lý	44	71.0%	18	29.0%	0,002
Công nhân	804	85.4%	137	14.6%	

Bảng 4. Tỷ lệ HCCH theo chỉ số BMI

BMI	Hội chứng chuyển hóa				P
	HCCH (-)		HCCH (+)		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số Lượng	Tỷ lệ %	
< 18,5	82	97.6%	2	2.4%	0,0001
18,5 - <23	520	92.9%	40	7.1%	
23 - <25	150	78.9%	40	21.1%	
≥ 25	93	56.0%	73	44.0%	



Biểu đồ 4. Tần suất các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH giữa 2 nhóm



Biểu đồ 5. Mối liên quan giữa HCCH với các thói quen

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ, đặc điểm hội chứng chuyển hóa

Kết quả nghiên cứu ở cán bộ công nhân tại khu công nghiệp của Bình Dương chẩn

đoán HCCH theo tiêu chuẩn của NCEP - ATPIII là 15,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu với đối tượng là cán bộ công chức nhà nước của Đỗ Kim Hoa (2008) có HCCH

chiếm 38,2% theo NCEP –ATP III. Tần suất HCCH trong dân chúng thấy cao nhất là ở người Hoa Kỳ gốc Mehico chiếm 32% cao hơn các chủng tộc khác, đặc biệt là phụ nữ. Mujuca V và các cộng sự (2007) khi nghiên cứu 1007 đối tượng ở tại thành phố Talca, Chile theo tiêu chuẩn IDF và NCEP – ATP III có tỷ lệ tương ứng là 36,4% và 29,5%.

Đối tượng có đủ 3 tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH chiếm tỷ lệ cao (12,4 %), đối tượng có đủ 4 tiêu chuẩn rất thấp (3,1%) và không có đối tượng nào với HCCH kết hợp 5 tiêu chí chẩn đoán. Giá trị trung bình của các yếu tố nguy cơ trong nhóm có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH ngoại trừ HDL - C. Tỷ lệ đối tượng có tiền sử THA, RLLP máu trong nhóm bị HCCH thấp hơn trong nhóm không có HCCH, còn với đối tượng có tiền sử ĐTĐ có tỷ lệ tương đương nhau. Trong nhóm HCCH (+), số đối tượng có tăng glucose và vòng eo quá to đạt tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH chiếm tỷ lệ cao (58,7% và 52,7%), số đối tượng có tăng triglycerid đạt tiêu chuẩn chẩn đoán chiếm tỷ lệ thấp nhất (25,5%).

HCCH và bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp

Đối tượng có bệnh tăng huyết áp hay đái tháo đường thì tỷ lệ mắc HCHC cao hơn hẳn so với không có 2 bệnh này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

So sánh trị số trung bình của glucose máu ở nhóm có HCCH cũng cao hơn nhóm không có HCCH có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

So sánh cán bộ công nhân mắc HCCH có chỉ số huyết áp trung bình tâm thu và tâm trương cao hơn hẳn so với đối tượng không mắc HCCH có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$

HCCH và các thói quen trong cuộc sống.

Kết quả so sánh các đối tượng có hội chứng chuyển hóa và không có hội chứng chuyển hóa với một số thói quen (ăn uống, sinh hoạt) được cho rằng có thể là yếu tố thuận lợi góp phần sinh ra hội chứng chuyển hóa, nhận thấy: ở những đối tượng thích ăn nhiều thịt cá, uống bia rượu, thói quen sống tĩnh thì có tỷ lệ hội chứng chuyển hóa tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê

HCCH và vị trí làm việc.

HCCH ở cán bộ quản lý thường gặp hơn ở công nhân với $p < 0,05$. Tỷ lệ đối tượng có glucose máu tăng $\geq 6,1$ mmol/l, cán bộ cao gấp trên 2 lần so với công nhân, Tỷ lệ glucose ở mức rối loạn đường huyết khi đói và đái tháo đường ở cán bộ quản lý cao hơn hẳn so với công nhân có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ BMI dư cân và béo phì ở cán bộ quản lý cũng cao hơn hẳn.

Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và các yếu tố.

HCCH và tuổi

Kết quả cho thấy nhóm tuổi 40 - <50 có tỷ lệ hội chứng chuyển hóa cao nhất, Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa thuộc nhóm tuổi < 30 thấp nhất có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Tuổi càng cao thì sự xuất hiện của hội chứng chuyển hóa càng tăng.

HCCH và giới tính

Không có sự khác biệt về tỷ lệ HCCH giữa nam và nữ liên quan đến 1 số yếu tố. Nam giới là đối tượng thường có nhiều yếu tố nguy cơ hơn so với nữ.

HCCH và các thói quen trong cuộc sống.

Đối tượng thích ăn nhiều thịt cá, uống bia

rượu, thói quen sống tĩnh thì có tỷ lệ hội chứng chuyển hóa tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê

Nghiên cứu của Snijder MB và cộng sự năm 2007 và nhiều tác giả cho thấy: chế độ ăn không hợp lý được công nhận là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với việc xuất hiện bệnh ĐTĐ typ 2 thông qua tác động của nó tới dư cân, béo phì. Tăng thu nhập carbohydrat, acid béo bão hòa và giảm độ nhạy cảm của insulin sau đó là rối loạn chuyển hóa glucose. Đây là tình trạng phổ biến ở các nước thuộc vùng Châu Á - Thái Bình Dương [42].

V. KẾT LUẬN KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa ở cán bộ công nhân viên các khu công nghiệp tại Bình theo tiêu chuẩn NCEP – ATP III là 15.4%. Hội chứng chuyển hóa liên quan giữa với tuổi, tuổi càng cao thì sự xuất hiện của hội chứng chuyển hóa càng tăng. Hội chứng chuyển hóa liên quan với một số thói quen: như ăn nhiều thịt cá, uống rượu bia, lối sống tĩnh. Hội chứng chuyển hóa, tăng đường huyết và tăng mỡ máu ở cán bộ quản lý cao hơn công nhân.

Cần tiếp tục theo dõi, tái khám để chẩn đoán và điều trị kịp thời cán bộ công nhân có hội chứng chuyển hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết – Chuyển hoá (2015).** Ban hành kèm theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/09/2014 của Bộ Y tế
2. **Mai Thế Trạch – Nguyễn Thy Khuê (2007)** Nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản y học TPHCM: 373 - 507
3. **Đại học Y Dược TPHCM, Bộ môn nội.** Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản y học 2009.
4. **Hội tim mạch học Việt Nam.** Khuyến cáo các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006-2010. Nhà xuất bản y học 2006
5. Tạp chí Cộng Sản Việt Nam, 6/2012.
6. **Trần Hữu Dàng, Trần Thừa Nguyên, Huỳnh Văn Minh và cộng sự (2006)** Hội chứng chuyển hóa: một vấn đề của thời đại, kết quả một số nghiên cứu ở Huế. Tạp chí Y học thực hành, số 548, 371-79.
7. **Einhorn, Reaven GM, Cobin RH, et al (2003).** American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome. Endocr Pract. 2003, 9: 237 – 252.
8. **Hidrum B, Mykletun A, Hole T et al (2007),** Age – specific prevalence of the metabolic syndrome defined by the IDF and the NCEP: Norwegian HUNT 2 study. BMC Public Health, 7 (220): 1-9.
9. **Hunt KJ; Rezender RG, Williams K et al (2004).** National cholesterol Education Program versus World Health Organization Metabolic syndrome in Relation to all – cause and cardiovascular mortality in the San Antonio Heart study. Circulation; 110: 1251 – 57.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẬT KHÚC XẠ BẰNG LASER TẠI BỆNH VIỆN VIỆN MẮT QUỐC TẾ HOÀN MỸ

Hoàng Diệp Bảo Quỳnh* và CS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật khúc xạ bằng laser tại bệnh viện mắt Quốc Tế Hoàn Mỹ

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca, đánh giá kết quả của phẫu thuật khúc xạ bằng laser tại bệnh viện mắt Quốc Tế Hoàn Mỹ. Người bệnh có nhu cầu phẫu thuật tật khúc xạ. Tiêu chuẩn loại trừ chính là các chống chỉ định của từng loại phẫu thuật khúc xạ bằng laser.

Người bệnh được đánh giá thị lực- khúc xạ nhìn xa ở 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả: Nghiên cứu đánh giá 300 mắt của 150 người bệnh chia 4 nhóm tương đương với 4 phương pháp phẫu thuật: LASIK, FEMTO-LASIK, ReLEx Smile, PRK. Cận thị theo độ cầu tương đương (SE: spheric equivalent) trước mổ trung bình -4.17 ± 1.74 . 100% mắt mổ của 4 phương pháp có thị lực không kính đạt từ 5/10 trở lên, trên 86% không thay đổi hàng thị lực, và trên 8% đạt từ 20/20 trở lên. Chỉ số an toàn 1,12, chỉ số hiệu quả 1,21 nhóm LASIK. Chỉ số an toàn 1,12, chỉ số hiệu quả 1,21 nhóm FEMTO-LASIK. Chỉ số an toàn 1,13, chỉ số hiệu quả 1,12 nhóm ReLEx –Smile có 19% đạt từ 20/20 trở lên. Chỉ số an toàn 1,11, chỉ số hiệu quả 1,13 nhóm PRK. Biến chứng của 4 nhóm gồm: 2 mắt vạt lệch tâm, 1 mắt nhãn vạt.

Kết luận: Kết quả phẫu thuật khúc xạ bằng laser tại bệnh viện mắt Quốc Tế Hoàn Mỹ an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: khúc xạ, giác mạc thị lực không kính, thị lực tối đa, phẫu thuật LASIK, FEMTO-LASIK, PRK, ReLEx SMILE.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF REFRACTIVE PROCEDURE BY LASER IN EYE HOAN MY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of laser refractive surgery at Hoan My International Eye Hospital

Methods: Study a series of cases, evaluate the results of laser refractive surgery at Hoan My International Eye Hospital. The main exclusion criterion is the contraindications to each type of laser refractive surgery.

The patient was assessed vision-refractive vision at 1 week, 1 month, 3 months and 6 months after surgery

Results: The study included 300 eyes from 150 patients. Patients were divided into 4 groups, equivalent to 4 surgical methods: LASIK, FEMTO-LASIK, ReLEx Smile, PRK. SE (spheric equivalent) before surgery average -4.17 ± 1.74 . 100% of the operating eyes of the 4 methods UCVA 5/10 or more, 86% of eyes had no change in visual acuity, and more 8 % had gain in 1 line or 2 lines , while no eyes had loss of lines. Safety index 1.12, efficiency index 1.21 LASIK group. Safety index 1.12, efficiency index 1.21 group FEMTO-LASIK. Safety index 1.13, efficiency index 1.12 groups of ReLEx – Smile have 19% reaching 20/20 or more. Safety index 1.11, effectiveness index 1.13 PRK groups.

*Bệnh viện Mắt Quốc Tế Hoàn Mỹ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Diệp Bảo Quỳnh
Email: dr.vuquynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

The rate of operative complications of 4 groups as follows: wrinkles flap: 1 eyes (0.5%), DLK: 3 eyes (2%), dry eye.

Conclusion: The results of refractive surgery by laser at Hoan My International Eye Hospital are safe and effective

Keywords: refraction, corneal optics without glasses, maximal vision, LASIK surgery, FEMTO-LASIK, PRK, ReLEx SMILE. UCVA: Uncorrected Visual Acuity BCVA: Best Corrected Visual Acuity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một bất thường nhãn khoa hay gặp nhất và là nguyên nhân gây suy giảm thị lực hàng đầu thế giới cũng như Việt Nam. Tật khúc xạ chiếm 60-80% dân số chủ yếu học sinh và thanh niên, là vấn đề đang được xã hội quan tâm. Phẫu thuật tật khúc xạ bằng laser là phẫu thuật điều chỉnh tật khúc xạ an toàn chính xác, hiệu quả cao phục hồi nhanh giúp bệnh nhân loại trừ mặc cảm thẩm mỹ khi mang kính và nổi bật tiện trong sinh hoạt. Phẫu thuật tật khúc xạ bằng laser ngày nay đã trở nên phổ biến trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Có rất nhiều tiến bộ trong kỹ thuật và dụng cụ máy móc trong phẫu thuật tật khúc xạ bằng laser được áp dụng nên chất lượng thị lực và chức năng thị giác của bệnh nhân sau phẫu thuật ngày càng tốt hơn. Bệnh viện Mắt Quốc tế Hoàn Mỹ được thành lập vào tháng 10 năm 2018 với cơ sở khang trang sạch sẽ trang bị máy móc mới hiện đại nói chung khoa LASIK nói riêng, và chúng tôi thực hiện bài báo cáo này nhằm mục đích: *“Đánh giá kết quả phẫu thuật tật khúc xạ bằng laser tại bệnh viện Mắt Quốc tế Hoàn Mỹ”*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

Với 150 bệnh nhân bị TKX (300 mắt) có nhu cầu phẫu thuật tại khoa LASIK tại Bệnh viện Mắt Quốc tế Hoàn Mỹ Sài Gòn bằng phương pháp LASIK, FEMTO- LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ReLEx SMILE (Small Incision Lenticule Extraction), PRK (Photorefractive keratectomy) từ tháng 10/2019 đến tháng 1/2020.

2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh

Là chỉ định của từng phương pháp phẫu thuật

- SE -1.00 D đến -10.00D, độ trụ dưới 6D
- Tuổi từ 18 trở lên. Riêng SMILE là 22 tuổi trở lên
- Khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng.
- Bề dày giác mạc trên 475 micron đối với Femto-Lasik, trên 500 micron với LASIK, bề dày nền còn lại sau chiếu laser ít nhất là 280 micron (không tính bề dày vật).

2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ (chống chỉ định)

- Bệnh nhân có các bệnh lý ở mắt kèm theo
- Bệnh lý giác mạc chóp hoặc có biểu hiện nghi ngờ, sẹo giác mạc
- Đã từng viêm giác mạc do Herpes simplex hoặc có các di chứng khác tại mắt không phù hợp để phẫu thuật laser excimer.
- Nhãn áp > 21mmHg hoặc có tiền sử Glaucoma.
- Các trường hợp chống chỉ định mở LASIK: tuổi dưới 18, độ khúc xạ chưa ổn định, bề dày giác mạc mỏng dưới 500 micron, và giác mạc không đủ để chiếu hết độ.
- Bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa kèm theo như tiểu đường, tuyến giáp, bệnh lý tự miễn.
- Có thai hoặc cho con bú.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu loạt ca, thực nghiệm lâm sàng, không đối chứng. Thực hiện phẫu thuật và theo dõi tại bệnh viện IEH. Hội đồng chỉ định từng phương pháp phẫu thuật và các điều kiện loại trừ chính là chống chỉ định từng phương pháp phẫu thuật. Nhóm 1 được phẫu thuật theo phương pháp LASIK sử dụng dao cơ học Moria M2 90. Nhóm 2 được phẫu thuật theo phương pháp Femtosecond Lasik. Nhóm 3 được phẫu thuật theo phương pháp Smile. Nhóm 4 được phẫu thuật theo phương pháp PRK. Thời gian theo dõi 6 tháng. Các phương pháp phẫu thuật nằm trong danh mục kỹ thuật đã được Bộ Y tế phê duyệt.

2.2.2 Quy trình nghiên cứu

2.2.2.1 Khám tiền phẫu (trước phẫu thuật):

Các bước khám tiền phẫu theo quy trình:

- Ghi nhận các thông tin của bệnh nhân
- Đo khúc xạ tự động, đo công suất giác mạc.
- Đo thị lực không chỉnh kính, khúc xạ chủ quan.
- Chụp bản đồ giác mạc, đường kính giác mạc (wide to wide).
- Đo nhãn áp
- BUT: Thời gian phá vỡ phim nước mắt.
- Đo khúc xạ khách quan sau liệt điều tiết với thuốc giãn đồng tử
- Đo bề dày giác mạc trung tâm với máy đếm tế bào nội mô
- Khám sinh hiển vi, soi đáy mắt.

2.2.2.2 Phẫu thuật – Ngày 1:

Phẫu thuật được thực hiện ngoại trú, người bệnh về trong ngày, khúc xạ mục tiêu của tất cả các mắt sau phẫu thuật là chính thị. Phẫu thuật được tiến hành hai mắt trong

cùng một lần mổ, mắt phải trước rồi đến mắt trái sau. Nhỏ kháng sinh dự phòng. Tê tại chỗ với thuốc tê nhỏ tại thời điểm 5 phút, 10 phút trước mổ và một lần khi bệnh nhân nằm lên bàn mổ, cách lần nhỏ đầu tiên. Đánh dấu trực. Sát trùng mi và da quanh mi mắt với Betadine 5%. Dán mi rồi đặt vành mi.

Các bước của từng loại phẫu thuật

▪ LASIK thường qui: Bước 1: tạo vạt bằng dao Moria M2 90: chọn vòng hút theo công suất giác mạc, vị trí bản lề vạt 12h. Bước 2: Lật vạt giác mạc và chiếu laser. Bước 3 Rửa bằng dung dịch BSS và đặt lại vạt.

▪ FEMTO-LASK: Bước 1: tạo vạt bằng femtosecond laser: Tổng thời gian hút trên bề mặt giác mạc khoảng 16 -17 giây. Chiều dày vạt cắt từ 90 - 120µm và đường kính vạt là 8-9 mm, chọn Cone theo đường kính giác mạc. Bước 2: lật vạt- laser excimer. Bước 3: phủ lại vạt giác mạc và rửa sạch dưới vạt bằng dung dịch BSS.

▪ Relex Smile: Bước 1: Định tâm và đặt gương tiếp xúc với giác mạc (Docking), Bước 2: Laser cắt nhu mô giác mạc. Bước 3: Tách mô và lấy lenticule. Bước 4: Rửa mắt và kiểm tra

▪ PRK: Bước 1: Bóc biểu mô giác mạc bằng cùn pha loãng. Bước 2: laser bóc bay mô giác mạc. Bước 3 Rửa mắt – Đặt kính áp tròng mềm.

Sau phẫu thuật: Nhỏ 2 giọt Cravit 0.5%, gỡ vành mi.

Khám lại trên sinh hiển vi sau 30 phút, cho xuất viện.

2.2.2.3 Hậu phẫu:

▪ Kháng sinh: Collyre Cravit 0.5% nhỏ 6 lần/ngày trong 15 ngày.

▪ Kháng viêm: Collyre Flumetholone 0.1% nhỏ 6 lần/ngày trong 15 ngày.

▪ CollyreVismed nhỏ 6 lần/ngày trong 6 tháng.

▪ Tái khám sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

2. 3 Phương tiện nghiên cứu

2.3.1. Phương tiện khám, chẩn đoán, xét nghiệm

Bảng thị lực Snellen bằng bảng đèn chiếu. Máy đo khúc xạ tự động. Hộp thử kính

Đèn soi bóng đồng tử. Máy đếm tế bào nội mô để đo bề dày giác mạc. Máy chụp bản đồ giác mạc mặt trước. Sinh hiển vi khám (Zeiss). Kính Volk 90D. Nhãn áp kế Goldmann (Zeiss). Thuốc nhuộm Fluorescein (Fluores, Chauvin, Anh).

2.3.2. Phương tiện phẫu thuật

▪ Máy VISUMAX sử dụng tia femtosecond để tạo vạt giác mạc và phẫu thuật Smile.

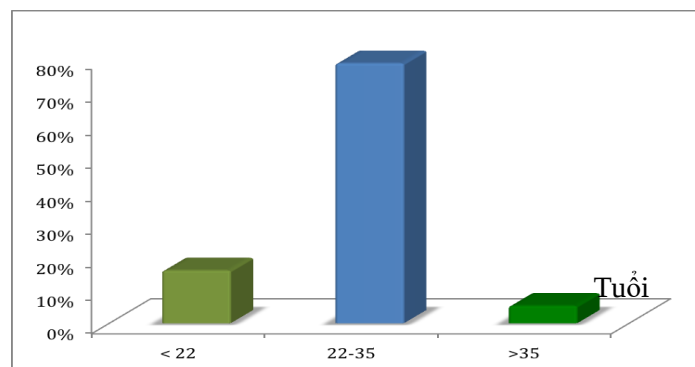
▪ Máy tạo vạt giác mạc Evolution 3 (Moria, Pháp) sử dụng dao cắt vạt

M2 90 hoặc 130 cắt vạt dạng xoay, bản lề vị trí 12h, tốc độ 15000 vòng/phút, chiều dày vạt cắt mong muốn 100 -120 μ m.

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ

Tuổi



Biểu đồ 1. Phân bố mẫu theo đặc điểm tuổi bệnh nhân

Nhận xét: Tuổi trung bình là $27.21 \pm 4,45$, trong đó tuổi thấp nhất là 19 và cao nhất là 42. Nhóm tuổi từ 22 – 35 chiếm 78,7%. Tất cả bệnh nhân đều phẫu thuật hai mắt. Tổng số bệnh nhân được phẫu thuật là 150. ($p > 0.05$)

▪ Máy Laser eximimer MEL 90

2.4 Thu thập số liệu

2.4.1 Biến số khảo sát

TLKK (thị lực không kính), TLTD (thị lực kính tối đa), tuổi, giới, các thông số trước phẫu thuật, thị lực và khúc xạ 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng

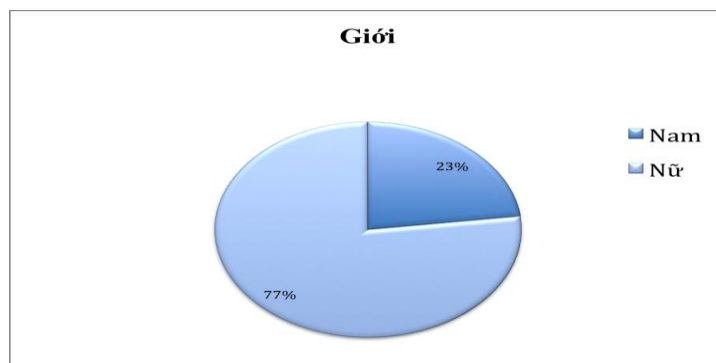
Độ khúc xạ trước phẫu thuật được chia thành 3 nhóm: cận nhẹ < 3D, trung bình 3-6D, nặng > 6D.

2.4.2 Phân tích thống kê số liệu

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0. Test t bất cặp so sánh 2 trung bình trước và sau phẫu thuật. Giá trị $p < 0.05$ được cho là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trình bày kết quả ở các bảng, biểu đồ.

III KẾT QUẢ

Nhiên cứu trong thời gian từ tháng 10/2019 đến 1/2020 chúng tôi có 150 người bệnh được phẫu thuật bao gồm: 14 người bệnh (28 mắt) nhóm LASIK thường qui, 99 người bệnh (198 mắt) nhóm FEMTO-LASIK, 32 người bệnh (64 mắt) nhóm Relex Smile và 5 người bệnh (10 mắt) nhóm PRK.

Giới**Biểu đồ 2: Biểu đồ phân bố giới tính**

Nhận xét: Gồm 116 nữ chiếm ưu thế 77% và 34 nam chiếm 23% (phép kiểm χ^2 , $p = 0,052$).

3.1.2 Các thông số cơ bản mắt trước phẫu thuật**Bảng 1** Đặc điểm mắt trước phẫu thuật ($n=300$)

Thông số	Trung bình	P
Nhãn áp (mmHg)	$11,43 \pm 1,62$ (8 đến 18)	0,811
Độ dày GM	$538,98 \pm 31,54$ (500 đến 619)	0,301
Đường kính GM (mm)	$12,23 \pm 0,34$ (10.8- 13.9)	0,54
BUT (giây)	$14,95 \pm 0,76$ (12 đến 1.17)	0,533
Độ cong giác mạc (D)	44.04 ± 1.44 (40.00 đến 47.00)	0.401
Kích thước đồng tử (mm)	4.28 ± 0.52 (3- 5)	0.40

Nhận xét: Đặc điểm các thông số trước phẫu thuật của 300 mắt nằm trong giới hạn trung bình để phẫu thuật được

Bảng 2. Khúc xạ và thị lực trước phẫu thuật

	300 mắt	P
Cận	$-4,96 \pm 1,8$ (-0,75 đến 8,5)	0,988
Loạn	$-0,85 \pm 0,75$ (-0,5 đến -2,75)	0,281
SE	$-4,17 \pm 1,74$ (-1,00 đến -10.00)	0,932
TLKTĐ	$1,01 \pm 0,05$ (1,0 đến 1,2)	0,83

Nhận xét: Trước phẫu thuật khúc xạ và thị lực tối đa của nhóm có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Bảng 3. Bảng tỉ lệ phân độ khúc xạ trước phẫu thuật

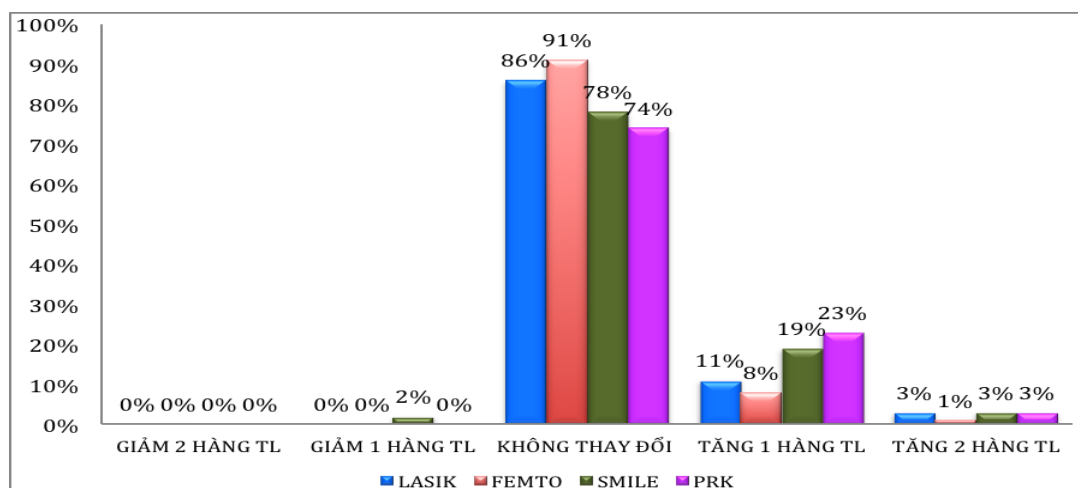
Mức độ SE	Nhóm nghiên cứu (n/%)	P
> 6D (Nặng)	-7,60 ± 0,98 (17%)	0.64
3D - 6D (Trung bình)	-3,13 ± 0,84 (68.33%)	0.50
< 3D (Nhẹ)	-2,30 ± 0,77 (14.67%)	0.31

Nhận xét: Trước phẫu thuật khúc xạ của 300 mắt được chia theo 3 mức độ. Chiếm tỉ lệ cao nhất là độ khúc xạ trung bình.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Tính an toàn

Tính an toàn của phẫu thuật được đánh giá dựa trên tiêu chí bảo tồn thị lực tối đa trước phẫu thuật được thể hiện qua các bảng và biểu sau - Phẫu thuật được cho là an toàn khi: chỉ số an toàn ≥ 1.0 và không có trường hợp nào giảm trên 2 hàng thị lực tối đa so với trước mổ [5].



Biểu đồ 3 Thay đổi hàng thị lực tối đa sau phẫu thuật 6 tháng so trước phẫu thuật cho từng nhóm

Nhận xét: Nghiên cứu 300 mắt cho thấy tỷ lệ mắt có thị lực không đổi ở 4 nhóm đều trên 80%, có sự tăng 1 hàng thị lực hay tăng 2 hàng thị lực các nhóm tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$, test t).

Bảng 5. Chỉ số an toàn

Thời điểm	LASIK	FEMTO-LASIK	ReLEx-SMILE	PRK	P (test t)
1 tháng	0.95	1.01	1.00	0.86	0,68*
3 tháng	1.06	1.06	1.02	1.03	0,56**
6 tháng	1.12	1.12	1.1	1.11	0,98*

*: test Mann- Whitney,

Nhận xét: Chỉ số an toàn của các nhóm tại thời điểm 6 tháng, cao hơn tại thời điểm 1 tháng ($p > 0.05$).

3.2.2. Tính hiệu quả

Bảng 6. Chỉ số hiệu quả (Chỉ số hiệu quả = TLKK sau mổ/ TLKTD trước mổ)

Thời điểm	LASIK	FEMTO-LASIK	ReLEx-Smile	PRK	p (test t)
1 tháng	1.08	1.10	1,02	0.97	0,17*
3 tháng	1.14	1.19	1,09	1,10	0,28**
6 tháng	1.21	1.21	1,12	1,13	0,29*

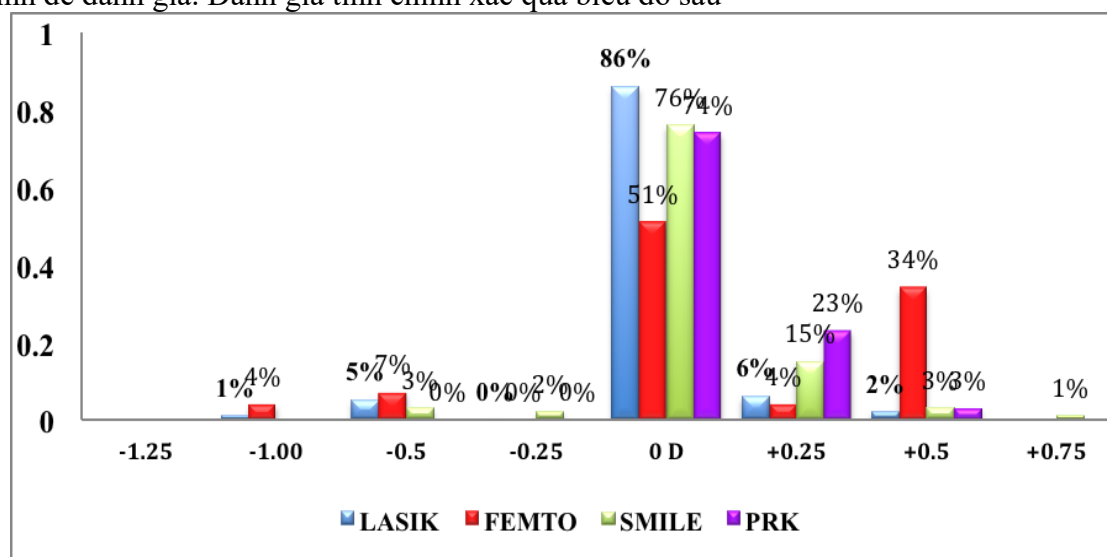
*: test t đối với 2 biến độc lập, **: test Mann Whitney

Nhận xét. Chỉ số hiệu quả của các nhóm đều > 1 ở mọi thời điểm. Các nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Sau phẫu thuật cả chỉ số an toàn lẫn hiệu quả đều cao hơn 1.0 ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng. Phẫu thuật khúc xạ bằng laser tại IEH đều có tính an toàn và hiệu quả cao.

3.2.3. Tính chính xác

Sau phẫu thuật khúc xạ tính chính xác là yếu tố quan trọng, để đo lường tính chính xác của khúc xạ sau phẫu thuật, tỉ lệ mắt trở về trong khoảng $\pm 0.5D$ và $\pm 1 D$ được cho là thước đo chính để đánh giá. Đánh giá tính chính xác qua biểu đồ sau



Biểu đồ: Biểu đồ tỉ lệ khúc xạ đạt được sau 6 tháng từng nhóm

Nhận xét: Tính chính xác tăng lên theo thời gian khi khúc xạ ổn định. Tại thời điểm 6 tháng có hơn 90% bệnh nhân các nhóm không vượt quá 0.5D, khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ở mọi thời điểm ($p > 0.05$; test χ^2). Không có trường hợp nào thẳng chính hay thiếu chính $> 1D$ tại thời điểm 6 tháng. Tuy nhiên nhóm FEMTO-LASIK có 4 mắt phẫu thuật tồn độ (-1.00D) cho mắt lão thị.

3.3 Ghi nhận biến chứng phẫu thuật

Bảng 7: Ghi nhận biến chứng trong phẫu thuật

Thông số	LASIK	FEMTO-LASIK	ReleX Smile	PRK
Vật lệch tâm	0	2 (1,5%)		
Mỏng vật, khuyết vật, vật rời	0			
Vật cắt không hoàn toàn	0			
Lông lẹo biểu mô		3 (1.5%)	2	
Laser cắt không hoàn chỉnh			1 (1.5%)	
Biểu mô bóc không hoàn toàn				0

Nhận xét: Ghi nhận có 2 mắt tạo vật lệch tâm ở nhóm FEMTO-LASIK nhưng vùng chiếu laser vẫn đủ, lông lẹo biểu mô 3 mắt, và 1 mắt laser cắt không hoàn chỉnh 1.5%

Bảng 8: Ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật

Thông số	LASIK	FEMTO-LASIK	ReLEx Smile	PRK
Lệch vật	0	0		
Nhấn vật	0	1 (0,5%)		
Viêm mắt cắt lan toả	0	3 (2%)	0	
Xâm lấn biểu mô dưới vật	0	2 (2%)	1 (1.5%)	
Giảm chất lượng thị giác ban đêm	0	5 (2.5%)	1 (1.5%)	0
Dẫn phình giác mạc	0	0	0	0
Nhiễm trùng tuần đầu	0	0	0	0
Khô mắt 6 tháng	3 (10.7%)	25 (12,6%)	3(4.6%)	0%

Nhận xét: Ghi nhận nhóm FEMTO-LASIK có 1 mắt nhấn vật sau 02 ngày, 3 mắt viêm mắt cắt lan toả (DLK), 1 mắt xâm lấn biểu mô dưới vật, Nhóm Smile có 1 mắt có xâm lấn biểu mô dưới vật. Khô mắt nhóm có tạo vật nhiều hơn.

IV BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

4.1.1 Tuổi và giới

Mẫu nghiên cứu của tôi bao gồm phần lớn là người trẻ tuổi, tuổi trung bình $27,21 \pm 4.45$ dao động từ 8 đến 42 tuổi. Tuổi trẻ là đặc trưng của bệnh nhân phẫu thuật khúc xạ ở Việt Nam nói riêng và Châu Á nói chung. Điều này có thể do: chi phí phẫu thuật khúc xạ ở mức chấp nhận được, yếu tố nhu cầu thẩm mỹ, người bệnh đa số là sinh viên được

cha mẹ chi trả chi phí phẫu thuật. Và ngày càng đông các người bệnh trẻ đi phẫu thuật vì lý do nghề nghiệp như thí sinh các trường an ninh, cảnh sát, phi công... cần có thị lực trên 20/25 trở lên để đáp ứng tiêu chuẩn sức khỏe của ngành nghề.

Giới nữ chiếm nhiều hơn nam với tỉ lệ 77% so với 23%, tỉ lệ nữ: nam là 3.3:1 (biểu đồ 2). Phẫu thuật khúc xạ bằng laser ngoài việc phục hồi chức năng còn phần nào mang yếu tố thẩm mỹ, do đó bệnh nhân nữ chiếm

ưu thế hơn so với bệnh nhân nam.

Tuổi trung bình và phân bố giới giữa các nhóm tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (biểu đồ 1, biểu đồ 2).

4.1.2 Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1 Mức độ cận thị

Trong nghiên cứu, cầu tương đương thấp nhất là -1 D và cao nhất là -10.00 D. Trong đó cận thị trung bình chiếm đa số, sau đó đến cận nhẹ và ít nhất là cận nặng (bảng 3, bảng 4).

4.1.2.2 Thị lực

Nghiên cứu theo chỉ định phẫu thuật trường hợp thị lực tối đa tăng ít nhất 2 hàng so với thị lực không kính. Kết quả phân tích cho thấy ở cả 4 nhóm thị lực tối đa cao nhất là 20/15. Vì vậy, việc so sánh kết quả trước và sau mổ cũng như đánh giá khả năng phục hồi trên cùng bệnh nhân mang tính khách quan.

4.1.2.3 Các thông số khác liên quan đến giải phẫu và chức năng

Độ dày giác mạc trung bình, đường kính giác mạc trung bình, công suất giác mạc trung bình của các nhóm trong giới hạn bình thường. Bản đồ giác mạc tại bệnh viện đang sử dụng hạn chế khả năng bất thường cơ sinh học tiềm ẩn trong nhóm nghiên cứu. Giác mạc nền để lại thấp nhất là 280 μm để tránh nguy cơ dẫn phình giác mạc sau mổ. Chiều sâu nhu mô cắt đi thấp nhất 13 μm cao nhất 149 μm , nằm trong giới hạn cho phép của phẫu thuật là dưới 150 μm . Thời gian theo dõi trung bình là 6 tháng.

4.2 Kết quả điều trị

4.2.1 Tính an toàn

Phẫu thuật khúc xạ có điểm khác biệt so với các phẫu thuật nhãn khoa khác là can

thiệp trên mắt có chức năng bình thường nên yêu cầu về tính an toàn của phẫu thuật rất cao. Tính an toàn của phẫu thuật được đánh giá dựa trên mục tiêu bảo tồn thị lực tối đa trước phẫu thuật, thể hiện qua tỷ lệ mất giảm thị lực tối đa so với trước phẫu thuật, số hàng thị lực tối đa bị mất và chỉ số an toàn. [8]

Nghiên cứu cho thấy cả nhóm đều có chỉ số an toàn lớn hơn 1 tại các thời điểm sau 6 tháng, đều duy trì thị lực tối đa với kính và tăng 1 đến 2 hàng thị lực tối đa so với thị lực tối đa trung bình trước phẫu thuật. Tại thời điểm 1 tháng các nhóm bị giảm 1 hàng thị lực đây là thời điểm khúc xạ chưa ổn định, sau đó từ 3 tháng trở đi khi khúc xạ ổn định, cả 4 nhóm đều không có ca nào giảm thị lực tối đa.

4.2.2 Tính hiệu quả

Tính hiệu quả của phẫu thuật khúc xạ được thể hiện qua thị lực không chỉnh kính, bởi mục tiêu của bệnh nhân sau phẫu thuật là không đeo kính. Theo tiêu chuẩn các nước phát triển thị lực không kính 5/10 được cho là đủ để phục vụ nhu cầu cơ bản hàng ngày. Do đó tỷ lệ đạt thị lực không kính 5/10 luôn là tiêu chuẩn đo lường tính hiệu quả của phẫu thuật khúc xạ.

Sau 6 tháng phẫu thuật, cả các nhóm đều có 100% mắt đạt thị lực không kính $\geq 5/10$ và chỉ số hiệu quả tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như Vryghem [7].

4.2.3 Tính chính xác

Khúc xạ mục tiêu cho tất cả bệnh nhân là chính thị. Tuy nhiên, khó hy vọng chính xác tuyệt đối vì sự ảnh hưởng của quá trình lành sẹo sinh học giác mạc và các yếu tố khách quan khác. Thực tế cho thấy độ loạn dưới 0.75 D và cầu tương đương trong khoảng $\pm$

0.25 D không ảnh hưởng thị lực.

Đề đo lường tính chính xác của khúc xạ sau mổ, tỷ lệ mắt trở về trong khoảng ± 0.5 D và ± 1.0 D được cho là thước đo chính để đánh giá. Ngoài ra, phương tiện phẫu thuật ngày càng được cải tiến, tính chính xác ngày càng được nâng cao, kết quả khúc xạ còn thể hiện ở mức độ $\pm 0,25$ D

Tính chính xác phụ thuộc vào công thức hiệu chỉnh của phẫu thuật viên, độ cận độ loạn cao hay thấp, quá trình lành sẹo riêng biệt của mỗi mắt trong từng cá thể, hợp tác của người bệnh khi chiếu laser, kiểm soát môi trường độ ẩm phòng mổ... Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với Vryghem [7]

4.2.4 Tính ổn định

So với tính an toàn, hiệu quả và tính chính xác, tính ổn định dường như không quan trọng nhưng nó nói lên sự bền vững của kết quả điều trị và duy trì sự hài lòng của bệnh nhân.

Thoái triển là hiện tượng mắt dần hiệu quả điều trị ban đầu theo thời gian xảy ra ở bệnh nhân điều trị laser excimer. Có nhiều yếu tố có thể dẫn đến thoái triển cận thị, như tăng sản biểu mô, tiến trình cong giác mạc do mỏng giác mạc sau điều trị laser excimer, độ cận cao với vùng laser quang học nhỏ, thay đổi tính cơ sinh học giác mạc, tăng chiều dài trục nhãn cầu và xơ hóa thủy tinh thể, tuổi.

4.3 Ghi nhận các biến chứng:

Trong tất cả các biến chứng liên quan đến vạt được phẫu thuật viên quan tâm nhất. Tỷ lệ biến chứng vạt liên quan sử dụng dao vi phẫu cơ học khoảng từ 0.3% đến 1.9% các trường hợp, và có báo cáo ghi nhận tỉ lệ đến 5%, đặc biệt với những dao vi phẫu cơ học

.Vài biến chứng nghiêm trọng như khuyết vạt, rách vạt, mất vạt, có thể gây giảm thị lực vĩnh viễn. Về lý thuyết, ưu điểm tạo vạt laser là an toàn hơn, giảm tần suất biến chứng nặng. Nhóm LASIK trong thời gian 3 tháng chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng vạt giác mạc (mỏng vạt, khuyết vạt..), có thể số lượng ít. Biến chứng vạt giác mạc trong phẫu thuật LASIK là biến chứng nặng nề.

Nhóm FEMTO-LASIK có 2 mắt tạo vạt lệch tâm nhưng vùng chiếu theo qui định là từ 6-6.7mm vẫn đủ chiếu và TLKK theo dõi sau 6 tháng đạt 20/20.

Tăng sinh biểu mô dưới vạt được ghi nhận 2% ở nhóm phẫu thuật FEMTO-LASIK, 1.5% nhóm SMILE kết quả cũng tương đương với Adelmonem M Hamed [1]. Được theo dõi và rửa lại.

Nhóm SMILE có 1 mắt laser cắt không hoàn toàn được ghi nhận do người bệnh đảo mắt trong lúc laser, sau đó làm lại an toàn. Theo dõi thị lực sau phẫu thuật là 20/15.

Nhóm PRK không ghi nhận biến chứng nào do số mẫu ít có 10 mắt.

Đa số các người bệnh đều bị khô mắt tạm thời sau phẫu thuật đối với phẫu thuật có tạo vạt như LASIK hay FEMTO-LASIK [5][6]. Hầu hết giảm dần sau 3 tháng. Sau 6 tháng còn khô mắt do các yếu tố khác ảnh hưởng đến như khói bụi môi trường làm việc, tần suất là việc trên máy tính...

Phẫu thuật SMILE ra đời do không có tạo vạt nên đã loại bỏ những biến chứng trong phẫu thuật cũng như sau phẫu thuật liên quan tới vạt giác mạc, giúp cho phẫu thuật khúc xạ trở nên an toàn và hiệu quả hơn bao giờ, vì không tạo vạt nên ít ảnh hưởng đến độ bền cơ sinh học của giác mạc. Hậu phẫu nhẹ nhàng, không gây khô mắt.

V KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu theo dõi, phân tích các số liệu thu thập từ 150 người bệnh (300 mắt) ghi nhận tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 27.21 ± 4.45 . Cho phép rút ra một số kết luận sau:

Nhìn chung mỗi phẫu thuật có những ưu điểm và nhược điểm riêng, không có phẫu thuật nào có thể đáp ứng đặc điểm của từng người bệnh. Việc chọn lựa phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào khả năng chuyên môn và kinh nghiệm phân tích và nhìn nhận vấn đề của bác sĩ phẫu thuật.

Vấn đề tư vấn kỹ người bệnh về lợi ích cũng như tác dụng không mong muốn, lường trước những nguy cơ tiềm ẩn là vô cùng quan trọng. Lượng giá lâm sàng trước phẫu thuật kỹ lưỡng dẫn đến tỷ lệ thành công và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật sẽ tốt hơn.

Phẫu thuật SMILE ra đời do không có vật giác mạc nên đã loại bỏ những biến chứng trong phẫu thuật cũng như sau phẫu thuật liên quan tới vật giác mạc, giúp cho phẫu thuật khúc xạ trở nên an toàn và hiệu quả hơn bao giờ, vì không tạo vật nên ít ảnh hưởng đến độ bền cơ sinh học của giác mạc.

Phẫu thuật tạt khúc xạ bằng laser tại bệnh viện Mắt Quốc tế Hoàn Mỹ là an toàn, hiệu quả và ổn định.

VI KIẾN NGHỊ

- Nếu bệnh viện trang bị thêm máy PENTACAM và CORVIS: sẽ nghiên cứu thêm tính cơ sinh học giác mạc sau phẫu thuật

- Đánh giá kết quả sau 1 năm phẫu thuật
- Khảo sát độ hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hải Yến, (2015).** “LASIK căn bản”. Nhà xuất bản Y học. Tr 98-129.
2. **Abdelmonem Abdelmonem M Hamed¹, Mohamed Amin Heikal¹, Tarek T. Soliman¹, Ahmed Daifalla¹, Khaled E Said-Ahmed.(2019)** SMILE intraoperative complications: incidence and management. Int J Ophthalmol, Vol. 12, No. 2, Feb.18, 2019.
3. **Ahn H, Kim JK, Kim CK, Tae-im Kim, (2011).** “Comparison of laser in situ keratomileusis flaps created by 3 femtosecond laser and a microkeratome”, J Cataract Refract Surg, vol 37, pp.349-357
4. **Sri Ganesh, (2014).** Comparison of visual and Refractive Outcomes Following Femtosecond Laser-Assisted LASIK with SMILE in patients with Myopia or Myopic Astigmatism. Journal of Refractive Surgery .Vol 30, No 9, 2014
5. **Dr. Sanjana, Dr. Sri Ganesh, Dr. Sheetal Brar.** Comparison of ReLEx SMILE and PRK for visual and refractive outcomes and quality of vision in correction of low myopia. Journal of Refractive Surgery
6. **Salomao MQ, Ambrosio R Jr, Wilson SE, (2009).** Dry eye associated with laser in situ keratomileusis: mechanical microkeratome versus femtosecond laser”, J Cataract Refract Surg, vol 35, pp.1756-60.
7. **Sivakami, (2012).** “Dry Eye After LASIK”. AECS Illumination, Vol. XII, No.2, April, p 1-10
8. **Vryghem JC, Devogelaere T, Stodulka P, (2010).** “Efficacy, safety, and flap dimensions of a new femtosecond laser for laser in situ keratomileusis”, J Cataract Refract Surg, vol 36, pp.442-8.
9. **Waring GO III, (2000).** “Standard Graphs for Reporting Refractive Surgery”. Journal of Refractive Surgery, Vol 16, pp 459-466.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI NỘI TRÚ THEO TIÊU CHUẨN BEERS CẬP NHẬT 2019

Nguyễn Văn Cường¹, Trần Vĩnh Phát¹, Nguyễn Thị Phú¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho đối tượng người bệnh cao tuổi đang gia tăng cùng với số lượng người cao tuổi càng nhiều tại Việt Nam. Do đó, việc sử dụng thuốc có những lưu ý đặc biệt. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành khảo sát tình hình sử dụng thuốc cho người cao tuổi dựa trên tiêu chuẩn Beers vừa được Hiệp hội Lão khoa Hoa Kỳ cập nhật 2019 nhằm góp phần nâng cao việc sử dụng thuốc hiệu quả và an toàn.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người bệnh cao tuổi tại Khoa Nội Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai được kê đơn thuốc có thể không phù hợp (PIM) theo tiêu chuẩn Beers 2019 và yếu tố liên quan đến tỷ lệ kê đơn PIM.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của người bệnh điều trị tại Khoa Nội Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai từ tháng 4/2019 – 9/2019. Tính không hợp lý của việc sử dụng thuốc được xác định dựa trên 4 danh mục thuốc có PIM cho người cao tuổi theo tiêu chuẩn Beers 2019.

Kết quả: Chúng tôi đã tiến hành khảo sát trên 380 HSBA, nữ giới chiếm 67,6% và độ tuổi chủ yếu là 65 – 75 tuổi chiếm 50,2%; có 191 HSBA (50,8%) có ít nhất một thuốc được kê đơn PIM theo tiêu chuẩn Beers 2019. Số lượng thuốc trong đơn càng tăng thì càng làm tăng tỷ lệ kê đơn PIM có ý nghĩa thống kê (OR = 1,135; CI95%: 1,074 - 1,199; p < 0,01). Nhưng chưa phát hiện ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê

giữa tỷ lệ kê đơn PIM và các yếu tố thuộc về người bệnh như: tuổi, số lượng bệnh mắc kèm và số ngày nằm viện.

Kết luận: Dựa theo tiêu chuẩn Beers 2019 có khoảng 50% người cao tuổi có kê đơn PIM. Bác sĩ và Dược sĩ lâm sàng cần phối hợp trong thực hành lâm sàng để nâng cao an toàn thuốc trong điều trị.

Từ khóa: Tiêu chuẩn Beers 2019, người bệnh cao tuổi, thuốc có thể không phù hợp (PIM).

SUMMARY

THE SURVEY OF DRUG PRESCRIBING IN ELDERLY PATIENTS USING UPDATED 2019 BEERS CRITERIA

Introduction: Health care demand for elderly patients has been increasing significantly with the fast pace of population ageing in Vietnam. Older people suffer many chronic diseases, take multiple medicines so the use of drugs has special precautions to avoid medication-related problems and hospitalization. On that basis, we conduct the survey based on the updated 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria to contribute to the drug prescribing effectively and safely in the elderly.

Objective: To determine the rate of elderly patients at the Department of Internal Medicine of Dong Nai International Hospital who were potentially inappropriate prescribing using Beers Criteria 2019 and the factors related to the occurrence of inappropriate prescribing.

Methods: A descriptive cross-sectional retrospective study was performed on medical records of elderly patients hospitalized in the Department of Internal Medicine of Dong Nai International Hospital from April to September

*Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phú

Email: phunt@bvquocitedongnai

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

2019. The prevalence of potentially inappropriate medication in older adults was evaluated by four lists of 2019 Beers Criteria.

Results: Among 380 medical records with 67.6% being males and mainly aged 65–75 years (50.2%); 191 medical records (50.8%) of older patients were prescribed at least one drug on the 2019 Beers Criteria warning list. The number of medications was a significant risk factor to the use of potentially inappropriate medication (OR = 1.135, CI95%: 1.074 - 1.199, $p < 0.01$) but no statistically significant association was found between patient characteristics including age, number of comorbidity, days of hospitalization and occurrence of potentially inappropriate prescribing.

Conclusion: Based on the Beers Criteria 2019, around 50% of elderly patient were prescribed potentially inappropriate drugs. Doctors and clinical pharmacists should have coordination in clinical practice to ensure drug safety for patients.

Key words: Beers Criteria 2019. Elderly patients, potentially inappropriate medication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam ngày càng tăng. Theo Liên Hiệp Quốc, tỷ lệ người cao tuổi từ 10% năm 1998 và được dự báo sẽ tăng lên khoảng 15% vào năm 2025⁽⁶⁾. Tại Việt Nam, tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên tăng từ 6,7% (1979) đến 8,9% (2009), dự báo tỷ lệ này là 27,9% vào năm 2050^{(2),(9)}. Các quá trình sinh lý của người cao tuổi cũng thay đổi nhiều so với người trẻ dẫn đến sự thay đổi về dược động và dược lực của thuốc⁽¹⁾. Vì vậy, việc sử dụng thuốc trên đối tượng này cần được xem xét thận trọng. Nhiều nghiên cứu cho thấy chi phí tiêu tốn vào việc kê đơn PIM là một con số khá lớn⁽⁸⁾. Tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai chưa

có nghiên cứu đánh giá tình hình việc sử dụng thuốc hợp lý trên người cao tuổi. Từ những lý do trên chúng tôi tiến hành đề tài: “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên người bệnh cao tuổi nội trú theo tiêu chuẩn Beers cập nhật 2019”. Với mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ người bệnh cao tuổi tại Khoa Nội Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai có kê đơn PIM theo tiêu chuẩn Beers 2019.

- Xác định yếu tố liên quan đến tỷ lệ kê đơn PIM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả.

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

HSBA của người bệnh từ 65 tuổi trở lên và xuất viện trong khoảng thời gian: 01/04/2019 - 30/09/2019 tại khoa Nội Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai và được kê ít nhất 1 đơn thuốc trong thời gian nằm viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh không có đầy đủ các thông tin về thuốc điều trị.

Cỡ mẫu:

Dựa trên nghiên cứu của Vũ Thị Xuân tại một Bệnh viện ở Đồng Nai cho thấy có 34,1% người bệnh có kê đơn PIM⁽¹⁰⁾. Chúng tôi áp dụng công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = \left(\frac{1.96}{m} \right)^2 p(1 - p) = 345$$

Với $\alpha = 0,05$ và $\text{power} = 0,80$.

Để dự phòng mất mẫu chúng tôi tăng cỡ mẫu 10%, vậy cỡ mẫu tối thiểu là 380 HSBA của người bệnh.

Công cụ đánh giá tính hợp lý việc sử dụng thuốc trên người bệnh cao tuổi: Bộ tiêu chuẩn Beers cập nhật 2019 gồm 4 danh

mục thuốc có thể không phù hợp trên người bệnh cao tuổi: Danh mục thuốc phải tránh, danh mục tương tác thuốc - bệnh, danh mục tương tác thuốc - thuốc và danh mục thuốc cần giảm liều trên người bệnh suy thận.

Phân tích số liệu

Phần mềm thống kê sử dụng: SPSS 23.0

- Đặc điểm nền của người bệnh được trình bày theo trung bình hoặc tỷ lệ phần trăm.

- Sử dụng hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị:

Biến phụ thuộc: Người bệnh được kê ít nhất 1 thuốc có thể không hợp lý (có/không).

Biến độc lập: Tuổi, thời gian nằm viện, số thuốc dùng trong thời gian nằm viện và số lượng bệnh mắc kèm.

Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm ban đầu của người bệnh

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $75,2 \pm 7,9$; người bệnh có độ tuổi 65 - 74 chiếm 50,2%, trong đó nữ chiếm 67,6%. Người bệnh chủ yếu đều có bảo hiểm y tế chiếm 90,3%. Số ngày nằm viện trung bình của người bệnh tương đối ngắn khoảng 1 - 7 ngày và số thuốc trung bình của người bệnh được nhận trong thời gian nằm viện chủ yếu từ 5 thuốc trở lên chiếm 89,6%. Người bệnh có bệnh đi kèm với trung vị 1 (IQR: 0 - 2). Người bệnh giảm chức năng thận ở mức độ nhẹ (ClCr: 60 - 89 ml/phút) chiếm 38,8%. Chức năng gan hầu hết bình thường (AST và/hoặc ALT < 3 lần bình thường) chiếm 98,8% (**Bảng 1**).

Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh trong nghiên cứu

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ
Tuổi			$75,2 \pm 7,9$
Nhóm tuổi	65 - 69 tuổi	124	32,6%
	70 - 74 tuổi	67	17,6%
	75 - 79 tuổi	83	21,8%
	80 - 84 tuổi	48	12,6%
	85 - 89 tuổi	42	11,1%
	≥ 90 tuổi	16	4,2%
Giới tính	Nữ	257	67,6%
	Nam	123	32,4%
Bảo hiểm y tế	Có	343	90,3%
	Không	37	9,7%
Số ngày nằm viện	1 - 7 ngày	272	71,6%
	8 - 14 ngày	96	25,2%
	≥ 15 ngày	12	3,2%
Số thuốc trung bình/ ngày nằm	1 - 5 thuốc	211	10,5%
	≥ 5 thuốc	1807	89,5%
Số bệnh mắc	Trung vị	1	

kèm	IQR (25% - 75%)	0 – 2	
Chỉ số thanh thải Creatinin ước tính	≥ 90 ml/phút	47	13,6%
	60 - 89 ml/phút	134	38,8%
	45 – 59 ml/phút	84	24,3%
	30 – 44 ml/phút	59	17,1%
	15 – 29 ml/phút	19	5,6%
	< 15 ml/phút	2	0,6%
Chức năng gan	AST và/hoặc ALT < 3 lần BT	208	98,8%
	≤ 3 lần AST và/hoặc ALT < 5 lần BT	2	0,95%
	AST và/hoặc ALT ≥ 5 lần BT	1	0,45%

BT: Bình thường. AST: aspartate aminotransferase . ALT: alanine aminotransferase.

Khảo sát tính hợp lý của các thuốc sử dụng trên người bệnh cao tuổi

Tỷ lệ người bệnh có PIM trong quá trình nằm viện tại khoa Nội là 50,8% (**Bảng 2**).

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh kê đơn PIM

Đặc điểm	Số lượng (n = 380)	Tỷ lệ (%)
Toa thuốc hợp lý	187	49,2%
Toa thuốc có PIM	193	50,8%

Theo tiêu chuẩn Beers, trong nghiên cứu của chúng tôi danh mục thuốc cần tránh chiếm tỷ lệ cao nhất là 79,9% (n = 203) (**Bảng 3**).

Bảng 3. Tỷ lệ kê đơn PIM theo danh mục trong tiêu chuẩn Beers 2019.

Các danh mục trong tiêu chuẩn Beers	Số lượng (n = 254)	Tỷ lệ (%)
Thuốc cần tránh	203	79,9%
Tương tác bệnh - thuốc	1	0,4%
Tương tác thuốc - thuốc	43	16,9%
Chỉnh liều theo chức năng thận	7	2,8%

Tỷ lệ PIM nhiều nhất là diazepam và metoclopramid lần lượt là 46,2% và 24,5% (**Bảng 4**).

Bảng 4. Danh mục 5 thuốc có tỷ lệ kê đơn PIM cao nhất.

PIM	Tần số (n = 543)	Tỷ lệ (%)
Diazepam	251	46,2
Metoclopramid	133	24,5
Captopril	28	5,2
Methyldopa	26	4,8
Clopheniramin	17	3,1
Khác	88	16,2

Khảo sát yếu tố liên quan đến tỷ lệ kê đơn PIM:

Chúng tôi tiến hành kiểm tra các yếu tố liên quan, bao gồm yếu tố tuổi, số ngày nằm viện của người bệnh, số lượng bệnh mắc kèm trên một người bệnh và số lượng thuốc người bệnh sử dụng trong thời gian nằm viện (**Bảng 5**). Kết quả cho thấy, số lượng thuốc người bệnh sử dụng trong thời gian nằm viện tăng lên 1 thuốc thì làm tăng tỷ lệ kê đơn PIM lên 1,135 lần.

Bảng 5. Kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến tỷ lệ kê đơn PIM

Yếu tố	Odds ratio (OR)	Khoảng tin cậy	Giá trị p
Tuổi	0,995	0,969 - 1,022	0,707
Số ngày nằm viện	0,967	0,891 - 1,048	0,414
Số lượng bệnh mắc kèm	0,900	0,743 - 1,090	0,282
Số lượng thuốc	1,135	1,074 - 1,199	< 0,001

IV. BÀN LUẬN

Hầu hết người bệnh nằm viện trong khoảng thời gian ngắn từ 1 - 7 ngày (71,6%), số lượng người bệnh nằm viện trong khoảng thời gian từ 15 - 28 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,2%). Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện thấp hơn so với các nghiên cứu như Lê Thanh Hương (nằm viện 1 - 7 ngày chiếm 40,5%)⁽⁵⁾ và Vũ Thị Xuân (nằm viện 1 - 14 ngày chiếm 94,3%)⁽¹⁰⁾. Theo nghiên cứu của Nguyễn Lưu Thùy Dương (2012) số ngày nằm viện trên 28 ngày thì có khả năng gặp PIM cao gấp 2,62 lần so với số ngày nằm viện ít hơn (OR 2,62; 95%CI: 1,26 - 5,44; p = 0,01)⁽⁷⁾.

Người bệnh được kê quá nhiều thuốc (≥ 5 thuốc) trong một đơn (polypharmacy) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ rất cao 89,5%. Cao hơn hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước như Lê Thanh Hương có polypharmacy (47,2%)⁽⁵⁾, nghiên cứu Khamis S (79,4%)⁽⁴⁾ và nghiên cứu Huang Y (44,7%)⁽³⁾. Sự khác biệt này có thể do người bệnh của Bệnh viện chúng tôi có nhiều bệnh đồng mắc khi nhập viện nên việc sử dụng

thuốc cũng có sự khác biệt. Ngoài ra, nghiên cứu của Lê Thanh Hương chỉ thực hiện tại khoa Lão và nghiên cứu của Huang Y được thực hiện tại phòng chăm sóc cấp cứu trong ngày (Ambulatory emergency care) nên việc sử dụng quá nhiều thuốc trong một đơn ít gặp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 50,8% BN có sử dụng ít nhất 1 PIM và số lượng PIM trên một BN chủ yếu là 1 (72,0%) và cao nhất là 6 (0,5%). Kết quả này của chúng tôi cao hơn đáng kể so nghiên cứu Huang Y là 35,0%⁽³⁾ và Lê Thanh Hương 42,0%⁽⁵⁾. PIM thường gặp nhất trong nghiên cứu là diazepam (nhóm benzodiazepam) và metoclopramid lần lượt có tỷ lệ là 46,2% và 24,5%; kết quả của chúng tôi cao hơn hầu hết các nghiên cứu khác như Lê Thanh Hương (21,5% và 4,5%)⁽⁵⁾ do Bệnh viện chưa có thuốc trong danh mục thuốc thay thế cho diazepam nên cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ kê đơn PIM tại Bệnh viện được thể hiện qua chỉ số PIM thuộc thuốc cần tránh chiếm 79,9%. Ngoài ra, nghiên cứu của Huang Y chỉ sử dụng 3 danh mục trong tiêu chuẩn

Beers 2019, ngược lại nghiên cứu của Lê Thanh Hương áp dụng cả 5 danh mục của tiêu chuẩn Beers 2019.

Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, ta thấy việc sử dụng quá nhiều thuốc làm gia tăng tỷ lệ kê đơn PIM với OR = 1,135 (KTC = 1,074 - 1,119; $p < 0,001$) **Bảng 5**. Các yếu tố khác như tuổi, số ngày nằm viện của người bệnh, số lượng bệnh mắc kèm trên một người bệnh liên quan không có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ kê đơn PIM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Huang Y, sử dụng nhiều thuốc làm tăng tỷ lệ kê đơn PIM với OR = 1,108 (KTC = 1,044 - 1,176; $p = 0,001$)⁽³⁾ và nghiên cứu của Vũ Thị Xuân, người bệnh sử dụng < 5 thuốc tỷ lệ kê đơn PIM sẽ thấp hơn so với người bệnh sử dụng ≥ 10 thuốc với OR = 0,101; KTC: 0,026 - 0,391; $p = 0,001$)⁽¹⁰⁾. Ngoài ra, nghiên cứu của Huang Y còn tìm được mối liên quan giữa giới tính nữ và/hoặc tuổi ≥ 75 tuổi thì tăng tỷ lệ kê đơn PIM⁽³⁾. Ngược lại, nghiên cứu trong nước của Lê Thanh Hương thì chưa tìm được mối liên quan giữa tuổi, giới, BMI, số lượng bệnh mắc kèm, số ngày nằm viện và số lượng thuốc trong đơn đến tỷ lệ kê đơn PIM⁽⁵⁾. Nhìn chung, có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ kê đơn PIM tùy theo kết quả từng nghiên cứu, tuy nhiên yếu tố số lượng thuốc sử dụng là yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tỷ lệ kê đơn PIM được đề cập trong hầu hết nghiên cứu. Tình trạng sử dụng polypharmacy là tình trạng phổ biến hiện nay đặc biệt là ở các BN cao tuổi do ở người bệnh cao tuổi thường gặp tình trạng đa bệnh

lý cần phối hợp nhiều thuốc để điều trị. Vì vậy việc sử dụng polypharmacy cần được điều chỉnh và theo dõi chặt chẽ, đặc biệt người bệnh cao tuổi.

Ngoài ra, theo nghiên cứu của Vũ Thị Xuân tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai thì việc can thiệp của Dược sĩ lâm sàng giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân được kê ít nhất một PIM khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giai đoạn trước can thiệp (34,1%) và sau can thiệp (23,1%). Tỷ lệ sử dụng diazepam, metoclopramid, polypharmacy cũng giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sử dụng thuốc có thể không phù hợp theo tiêu chuẩn Beers 2019 theo nghiên cứu của chúng tôi là khá cao (50,8%). Cần hạn chế số lượng thuốc trong đơn để giảm tỷ lệ PIM.

Dựa trên tiêu chuẩn Beers 2019, nên có sự phối hợp giữa Bác sĩ và Dược sĩ lâm sàng xây dựng tiêu chuẩn sử dụng thuốc trên người bệnh cao tuổi để áp dụng trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao an toàn thuốc trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2006)**. Dược lâm sàng, NXB Y học Hà Nội, Hà Nội, 153 - 161.
2. **Hoi LV, Phuc HD, Dung TV et al (2009)**, "Remaining life expectancy among older people in a rural area of Vietnam: trends and socioeconomic inequalities during a period of multiple transitions", BMC Public Health. 9(471).
3. **Huang Y., Zhang L., Huang X., Liu K., Yu Y. & Xiao J. (2020)**, "Potentially

- inappropriate medications in Chinese community-dwelling older adults”, *International Journal of Clinical Pharmacy*. 42, 598 - 603.
4. **Khamis S., Abdi AM., Uzan A. & Basgut B. (2019)**, “Applying Beers Criteria for Elderly Patients to Assess Rational Drug Use at a University Hospital in Northern Cyprus”, *J Pharm Bioallied Sci*. 11(2), 133 - 141.
 5. **Lê Thanh Hương (2020)**, “Đánh giá việc sử dụng thuốc cho bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú theo tiêu chuẩn Beers cập nhật 2019”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 24(2).
 6. **Liên Hiệp Quốc (2006)**. Triển vọng dân số thế giới.
 7. **Nguyễn Lưu Thùy Dương (2012)**, “Khảo sát việc sử dụng thuốc cho BN từ 65 tuổi trở lên tại BV Thống Nhất-Thành Phố Hồ Chí Minh theo tiêu chuẩn Beers”, Luận văn tốt nghiệp dược sĩ đại học. Đại học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh.
 8. **The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel**. “American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults”, *J Am Geriatr Soc*. 60, 616 - 631.
 9. **Tổng cục Thống kê (2010)**, Báo cáo kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009. Hà Nội.
 10. **Vũ Thị Xuân (2016)**, "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và đánh giá vai trò của tư vấn dược lâm sàng trong việc sử dụng thuốc trên bệnh nhân cao tuổi theo tiêu chuẩn Beers 2015", Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Dược học. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ HÀI LÒNG NGHỀ NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ VINH NĂM 2020

Nguyễn Thị Lệ Xuân*, Lại Thị Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định điểm số của hài lòng nghề nghiệp và điểm số chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng, mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang, 132 Điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện Quốc tế Vinh tham gia khảo sát qua mạng từ tháng 7 - tháng 8/2020, dựa trên 2 bảng câu hỏi “Hài lòng nghề nghiệp theo McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS Scale)” và “chất lượng cuộc sống theo QOL - BREF”. **Kết quả:** Điểm hài lòng nghề nghiệp chung là $3,55 \pm 0,36$, điểm số về chất lượng cuộc sống là $3,49 \pm 0,37$. Hài lòng nghề nghiệp có mối tương quan thuận với chất lượng cuộc sống ($r = 0,315$, $p = 0,000$). **Kết luận:** Điểm số về chất lượng cuộc sống và hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Quốc Tế Vinh lần lượt là $3,55 \pm 0,36$, $3,49 \pm 0,37$. Có mối tương quan thuận giữa hài lòng nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống. Do đó để nâng cao chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng cần cải thiện sự hài lòng nghề nghiệp của họ.

Từ khóa: Hài lòng nghề nghiệp, chất lượng cuộc sống, Điều dưỡng

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND JOB SATISFACTION OF NURSES AT VINH INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2020

Objectives: To determine the job satisfaction mean score and quality of life mean score of nurses, the relationship between quality of life and job satisfaction of Nurses. **Subjects and research methods:** Using descriptive cross-sectional research, 132 nurses who have been working at Vinh International Hospital, participated in the online survey during July to August 2020, based on 2 questionnaires "job satisfaction according to McCloskey / Mueller Satisfaction Scale (MMSS Scale)" and "quality of life according to QOL - BREF". **Results:** The general job satisfaction mean score was 3.55 ± 0.36 , and the quality of life mean score was 3.49 ± 0.37 . The results demonstrated a positive correlation between job satisfaction and quality of life of nurses ($r = 0.315$, $p = 0.000$). **Conclusion:** Nurses' mean scores on quality of life and job satisfaction at Vinh International Hospital were 3.55 ± 0.36 and 3.49 ± 0.37 , respectively. There was a positive correlation between job satisfaction and quality of life. Therefore, in order to improve the quality of life of Nurses, they needed to improve their job satisfaction.

Keywords: Job satisfaction, quality of life, Nursing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống là một phạm trù khá rộng và là vấn đề mang nặng tính chủ quan. Theo từ điển Tiếng Việt, chất lượng cuộc sống là một thuật ngữ được sử dụng để

*Bệnh viện Quốc tế Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Hà

Email: ha.lai@bvquocetevinh.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

đánh giá chung nhất về các mức độ tốt đẹp của cuộc sống đối với các cá nhân và trên phạm vi toàn xã hội cũng như đánh giá về mức độ sự sang khoái, hài lòng (well-being) hoàn toàn về thể chất, tâm thần và xã hội. Chất lượng cuộc sống là thước đo về phúc lợi vật chất và giá trị tinh thần.

Công việc là một phần của cuộc sống, hầu hết thời gian của mỗi cá nhân đều dành cho công việc. Công việc là đại diện cho giá trị của họ trong xã hội, chính vì thế chất lượng công việc chính là đại diện tiêu biểu cho chất lượng cuộc sống.

Theo định nghĩa của Weiss (2002) về hài lòng đối với công việc là một trạng thái, cảm giác từ sự đánh giá kết quả về một công việc; một cảm xúc phản ứng lại công việc của họ; một thái độ, một quan điểm làm việc. Weiss còn lập luận rằng: Sự hài lòng đối với công việc là một thái độ nhưng cần phân biệt rõ ràng đối tượng của nhận thức đó ảnh hưởng đến cảm xúc, niềm tin và hành vi. Ngày nay, với quan niệm mới, nghề Điều dưỡng (ĐD) có những chức năng độc lập, chủ động bên cạnh chức năng thực hiện y lệnh của Bác sĩ. Vì vậy, vị thế xã hội cũng như nghề nghiệp được thay đổi đáng kể. Tuy nhiên, mức độ hài lòng nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng đang ở mức độ như thế nào khi tư duy, quan niệm xã hội và của chính các nhân viên Y tế đã có sự thay đổi như vậy?

Theo nghiên cứu của Guler Cimete và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Đại học của Istanbul có 65,7% Điều dưỡng cảm nhận được chất lượng cuộc sống không tốt cũng không xấu, 17,0% trong số họ giải thích nó là hơi xấu và 38,5%, Điều dưỡng khá hài lòng với tình trạng sức khỏe chung của họ [2]. Một nghiên cứu khác ở 5 Bệnh viện đa khoa đại học ở các tỉnh Sơn Tây, Sơn Đông

và Liêu Ninh của Trung Quốc cho kết quả chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (điểm trung bình = $3,40 \pm 0,61$, điểm tính theo thang điểm 1 đến 5, với 5 là cao nhất) [3]. Nghiên cứu Sharhraky Vahed và cộng sự báo cáo rằng 65,5% nhân viên có chất lượng cuộc sống tương đối. Nghiên cứu của tác giả Nayeri và cộng sự cho kết quả có 3,6% ĐD hài lòng với công việc của họ [4]. Năm 2012, nghiên cứu của Dargahi và cộng sự đưa ra rằng hầu hết các Điều dưỡng không hài lòng với chất lượng cuộc sống của họ và cảm thấy họ có một cuộc sống làm việc kém [5].

Tại Việt Nam có khá nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của nhân viên y tế đã được thực hiện. Theo Trần Văn Bình và cộng sự năm 2016 về tỷ lệ hài lòng nghề nghiệp của nhân viên y tế tại các Bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Kon Tum là 86,2% với mức điểm trung bình là $3,94 \pm 0,09$ [1]. Nghiên cứu của Lê Thanh Nhuận, Lê Cự Linh năm 2009 về sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở tại một huyện của tỉnh Vĩnh Phúc thu được tỷ lệ nhân viên hài lòng chung với công việc là 71%. Các nghiên cứu đều cho kết quả hài lòng nghề nghiệp khá cao. Tuy nhiên các nghiên cứu này hầu như chưa đề cập đến chất lượng cuộc sống, mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và hài lòng nghề nghiệp của nhân viên y tế nói chung và của Điều dưỡng nói riêng.

Bệnh viện Quốc Tế Vinh, là Bệnh viện thuộc hệ thống tập đoàn Hoàn Mỹ hiện đang hoạt động với số lượng Điều dưỡng chiếm 50% nhân lực Bệnh viện. Vậy sự hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng là bao nhiêu? Chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng đang ở mức nào? Có sự liên quan nào giữa sự hài lòng về công việc với chất lượng cuộc sống của các bạn Điều dưỡng hay không? Có

phương án nào để tăng sự hài lòng trong công việc của Điều dưỡng, từ đó tăng hiệu suất công việc và chất lượng chăm sóc Điều dưỡng và giảm số lượng Điều dưỡng nghỉ việc? Để có thể trả lời những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Chất lượng cuộc sống và hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Quốc tế Vinh năm 2020*” với 2 mục tiêu:

- Xác định điểm số của hài lòng nghề nghiệp và điểm số chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện Quốc tế Vinh

- Xác định được mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện Quốc tế Vinh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Thời gian nghiên cứu: Tháng 7 - 8/2020
- Địa điểm: Bệnh viện Quốc tế Vinh
- Đối tượng: ĐD - hộ sinh - kỹ thuật viên (gọi chung là ĐD)

Tiêu chuẩn lựa chọn: ĐD chính thức làm việc tại tất cả các khoa, phòng thuộc Bệnh viện Quốc tế Vinh đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐD đang nghỉ chế độ thai sản

- Cỡ mẫu: 100% ĐD chính thức đang làm việc tại Bệnh viện Quốc tế Vinh.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: Lấy tất cả nhân viên ĐD đang làm việc tại Bệnh viện Quốc Tế Vinh.

- Công cụ nghiên cứu: Gồm có 2 phần

Hài lòng nghề nghiệp (HLNN): Sử dụng thang điểm McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS Scale).

Chất lượng cuộc sống (CLCS): Sử dụng Thang đo WHOQOL - BREF (Đánh giá CLCS theo tổ chức y tế thế giới - Bản rút gọn/World Health Organization Quality Of Life-Bref Form)

- Các biến nghiên cứu

+ Các đặc điểm của ĐD: Tuổi, giới, trình độ chuyên môn, tình trạng hôn nhân, số năm làm việc tại bệnh viện, số năm làm việc trong ngành Y

+ Sự hài lòng nghề nghiệp của điều dưỡng (được phân nhóm theo thang đo MMSS) với 8 loại hài lòng

- Sự hài lòng với phần thưởng bên ngoài
- Sự hài lòng với lịch trình
- Sự hài lòng với sự cân bằng của gia đình và công việc

- Sự hài lòng với đồng nghiệp
- Sự hài lòng với các cơ hội tương tác
- Sự hài lòng với các cơ hội nghề nghiệp
- Sự hài lòng với lời khen ngợi và công nhận

- Sự hài lòng với sự kiểm soát và trách nhiệm

Σ HLNN = Điểm trung bình của 8 loại hài lòng.

Điểm trung bình càng cao chứng tỏ sự HLNN càng cao.

+ Chất lượng cuộc sống (được phân nhóm theo WHOQOL-BREF)

Câu 1: Nhận thức về chất lượng cuộc sống

Câu 2: Nhận thức về sức khỏe

Và 4 miền gồm:

- Thể chất
- Tâm lý
- Xã hội
- Môi trường

Σ điểm CLCS = Điểm trung bình của 4 miền + điểm trung bình của câu 1 + điểm trung bình của câu 2.

Điểm càng cao thì CLCS càng tốt

2. Quá trình thu thập thông tin.

- Khảo sát ĐD bằng bộ câu hỏi tự điền qua Google doc

3. Xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập sẽ được tự động nhập vào excel

Sau đó được xử lý bằng SPSS 20.0. Tương quan Pearson được sử dụng để phân

tích mối liên quan giữa các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và sự HLNN cũng như CLCS. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Tôn trọng sự đánh giá của nhân viên ĐD tại khoa phòng tham gia nghiên cứu, đảm bảo bí mật thông tin riêng tư của người tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Khi nghiên cứu trên 132 Điều dưỡng cho các kết quả như sau:

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

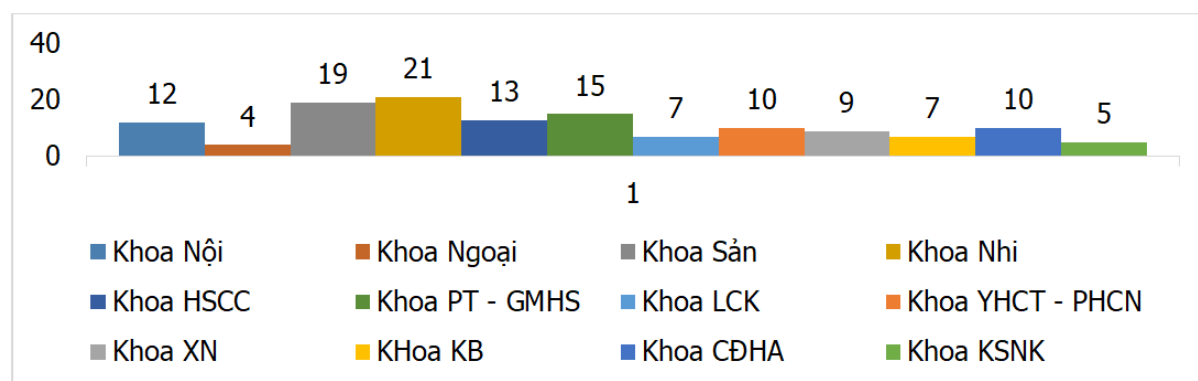
Bảng 1: Tỷ lệ ĐD nam và nữ tham gia nghiên cứu

Giới tính	Tần suất (N= 132)	Tỷ lệ (%)
Nam	18	13.6
Nữ	114	86.4

ĐD nữ chiếm phần 86,4%, ĐD nam chiếm tỷ lệ 13,6%. Tuy nhiên, kết quả trên cũng trái ngược với kết quả nghiên cứu của tác giả Nahid dehghan nayeri về CLCS và năng suất làm việc của các ĐD tại Iran với tỷ lệ ĐD nam là 84,7%, nữ 15,3%. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về khu vực nghiên cứu, mỗi khu vực có một nền văn hóa, lối sống khác nhau.

Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Panagiotou N (2018)

và có số lượng nhân viên nữ là 93 người chiếm 62,8% so với nam giới là 55 người chiếm 37,2% [7] và tác giả Wai- tong Chien, Sin-Yin Sick (2016) số lượng Điều dưỡng nữ là 120 người chiếm 86,3%, Điều dưỡng nam là 19 người chiếm 13,7%. Sở dĩ có sự tương đồng như vậy có thể là do sự tương đồng trong quan niệm, lối sống của người Trung Quốc và Việt Nam, nữ giới khéo léo hơn nam giới và chịu khó hơn nam giới nên số lượng ĐD là nữ giới nhiều hơn nam giới.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ ĐD các khoa tham gia khảo sát (N = 132)

Tỷ lệ ĐD tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi trên 12 khoa trực thuộc khối lâm sàng của bệnh viện đưa ra: Số lượng ĐD tham gia khảo sát tại khoa Nhi là cao nhất (15,9%) tiếp theo là khoa Sản (14,4%) đây cũng là hai khoa có số lượng ĐD đông tại Bệnh viện.

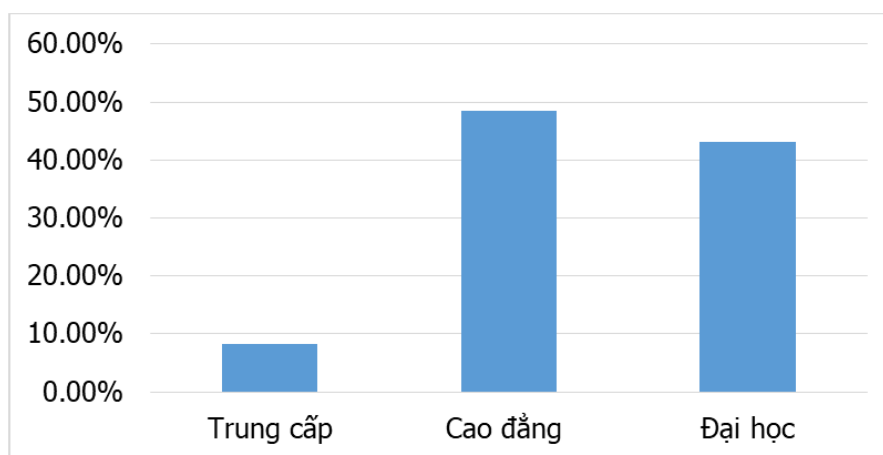
Khi nghiên cứu trên 132 ĐD đang công tác tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh, độ tuổi trung bình của ĐD là $28,17 \pm 3,183$, ĐD có độ tuổi lớn nhất là 38 tuổi, trẻ nhất là 23 tuổi.

Chứng tỏ, nguồn nhân lực ĐD tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh còn khá trẻ. Đây chính là nguồn lực mạnh mẽ cho sự phát triển của Bệnh viện trong tương lai

Nghiên cứu đưa ra thời gian công tác trong ngành Y của đội ngũ ĐD tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh trung bình là $5,77 \pm 2,695$ năm, thời gian làm việc tại bệnh viện của đội ngũ ĐD làm việc tại bệnh viện trung bình là $3,9 \pm 1,33$ năm

Bảng 2: Số tuổi của ĐD - thời gian hành nghề y - thời gian làm việc tại Bệnh viện Quốc Tế Vinh

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi	28,17	3,183
Thời gian hành nghề Y	5,77	2,695
Thời gian làm việc tại BV QTV	3,9	1,33



Biểu đồ 2: Trình độ của ĐD (N = 132)

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả trình độ học vấn của ĐD cao nhất là cao đẳng với tỷ lệ 48,5%, sau đó đến trình độ đại học 43,2% và cuối cùng là trình độ trung cấp 8,3%. Tỷ lệ này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Phương Thảo và cộng sự năm 2014 với tỷ lệ trung cấp, cao

đẳng, đại học và khác lần lượt là: 84,9%, 4,4%, 8,9%, và 2,2%. Có sự khác biệt này vì trong 6 năm từ 2014 đến 2020 trình độ của ĐD đã được cải thiện 1 cách rõ rệt, điều này phù hợp với đường lối phát triển nguồn nhân lực có trình độ cao, chuyên môn cao mà đảng và nhà nước ta đề ra

Hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng tại BV Quốc tế Vinh.**Bảng 3: Điểm hài lòng nghề nghiệp của ĐD (N = 132)**

Hài lòng (N= 132)	Mean	SD
HL về phần thưởng bên ngoài	3.44	0.547
Lịch trình	3.28	0.65
Đồng nghiệp	3.99	0.499
Tương tác	3.77	0.559
Cơ hội nghề nghiệp	3.64	0.58
Hài lòng về sự khen ngợi và công nhận	3.77	0.54
HL về trách nhiệm và kiểm soát	3.82	0.52
HL về cân bằng giữa nhu cầu cá nhân và công việc	2.67	0.677
Hài lòng nghề nghiệp chung	3.55	0.36

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm HLNN của ĐD đang công tác tại bệnh viện Quốc Tế Vinh là $3,55 \pm 0,36$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Mateja Lorber và Brigita Skela Savič (2012) cũng đưa ra mức độ hài lòng trong công việc trung bình ở cả lãnh đạo ($3,49 \pm 0,5$) và nhân viên ($3,19 \pm 0,6$). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Nguyễn Đoàn Khôi và Đỗ Hữu Nghị (2014): Hài lòng của NVYT tại Thành phố Cần Thơ có điểm trung bình là $3,54 \pm 0,13$

2. Chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng tại BV Quốc tế Vinh.

Nghiên cứu này cũng chỉ ra điểm số trung bình về CLCS của 132 ĐD đang công tác tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh là $3,49 \pm 0,37$. Đây là một điểm số CLCS khá tốt. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lei Wang và cộng sự ở năm bệnh viện đa khoa đại học ở các tỉnh Sơn Tây, Sơn Đông và Liêu Ninh ở Trung Quốc đã cho kết quả chất lượng trung bình của điểm số cuộc sống công việc được tìm thấy là $3,40 \pm 0,61$ [3].

Bảng 4: Điểm số CLCS

Miền	Mean	SD
Thể chất	3.37	0.4
Tâm lý	3.42	0.39
Xã hội	3.46	0.51
Môi trường	3.47	0.41
CLCS	3.49	0.37

3. Sự tương quan giữa Hài lòng nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống của ĐD

Bảng 5: Mối tương quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và 8 loại HLNN

Đặc điểm		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Thời gian làm việc tại BV	r	-0.02	-0.045	-0.256	-0.102	0.04	-0.134	-0.062	-0.32	-0.112
	p	0.822	0.61	0.03	0.244	0.648	0.124	0.482	0.718	0.199
Trình độ	r	-0.172	-0.188	-0.002	-0.055	-0.167	-0.174	-0.082	-0.127	-0.194
	p	0.024	0.015	0.492	0.265	0.028	0.023	0.175	0.073	0.026
Hôn nhân	r	0.009	-0.16	-0.258	-0.113	-0.037	-0.065	-0.108	0.109	-0.113
	p	0.459	0.033	0.001	0.099	0.338	0.229	0.108	0.107	0.197

1. HL về phần thưởng bên ngoài
2. HL về lịch trình
3. HL về đồng nghiệp
4. HL về cơ hội tương tác
5. HL về cơ hội nghề nghiệp
6. Khen ngợi và công nhận
7. Kiểm soát và trách nhiệm
8. Sự cân bằng giữa nhu cầu cá nhân và công việc
9. HL chung

Thời gian công tác tại bệnh viện không tác động đến HLNN chung nhưng lại có liên quan đến yếu tố HLNN ($p = 0,003$) kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Bình và cộng sự (2016)[1].

Kết quả của trình độ học vấn và HLNN trong nghiên cứu của chúng tôi là: Trình độ học vấn càng cao thì HLNN càng thấp ($r = -$

0,194, $p = 0,026$), kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Trần Văn Bình và cộng sự (2016) là không có sự tác động của học vấn và HLNN [1]. Có sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của Trần Văn Bình có số mẫu lớn hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi ($N = 1320$) và địa điểm nghiên cứu khác nhau. Một câu hỏi mà nhóm nghiên cứu chúng tôi đặt ra sau khi có kết quả này: Liệu có phải kỳ vọng về môi trường làm việc, về chế độ đãi ngộ, về cơ hội phát triển.. của các ĐD có trình độ học vấn cao có sự khác biệt so với các ĐD ở nhóm có học vấn thấp hơn?

Nghiên cứu này cũng tìm ra mức ý nghĩa thống kê đối với mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân với hài lòng về lịch trình và đồng nghiệp ($p = 0.033$, $p = 0.001$)

Bảng 6: Mối liên quan giữa Đặc điểm ĐD và CLCS

Đặc điểm		Thể chất	Tâm lý	Xã hội	Môi trường	CLCS Chung
Thời gian	r	0.046	0.014	0.179	0.018	0.097

hành nghề Y	p	0.603	0.875	0.04	0.835	0.267
Học vấn	r	0.058	-0.179	-0.134	-0.138	-0.145
	p	0.255	0.02	0.062	0.057	0.098

Khi nghiên cứu chúng tôi đã tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn tác động đến yếu tố tâm lý trong CLCS: Trình độ học vấn càng cao thì yếu tố tâm lý càng bị ảnh hưởng xấu ($r = -0,179$, $p = 0,02$). Kết quả này trái ngược với kết quả của Guler Cimete (2003) rằng trình độ học vấn càng cao thì chất lượng cuộc sống về tâm lý và môi trường càng tốt ($p = 0,002$ và $P < 0,001$) [8], trái ngược với kết quả nghiên cứu của tác giả Ali Gholami (2013) thời gian học càng nhiều (> 12 năm) thì CLCS về tâm lý và môi trường càng tốt ($p < 0,05$) [6]. Có sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu của hai nghiên cứu trên lớn hơn nhiều so với cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi ($N = 501$ và $N = 522$), thêm nữa tỷ lệ

giữa các nhóm trình độ của hai nghiên cứu trên là tương tự nhau Ali Gholami tỉ lệ ĐD học trên 12 năm và dưới 12 năm là: 51,3 % và 48,7%, thời gian học của ĐD lâu năm do đó giảm áp lực lên yếu tố tâm lý và môi trường.

Thời gian hành nghề Y càng lâu thì càng có tác động đến yếu tố xã hội của CLCS càng cao ($r = 0,179$, $p = 0,004$) kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ali Gholami (2013) [6].

Kết quả này có sự tương đồng với sự hài lòng nghề nghiệp ở trên: ĐD có trình độ học vấn càng cao thì sự hài lòng nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống càng thấp.

Bảng 7: Mối liên quan giữa Hài lòng nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống

Tên miền	Hài lòng nghề nghiệp (N = 132)	
	r	p
Thể chất	0.039	0.658
Tâm lý	0.258	0.003
Xã hội	0.222	0.011
Môi trường	0.258	0.003
CLCS chung	0.315	0.000

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng HLNN có liên quan đến CLCS. Khi HLNN cao thì kéo theo CLCS tốt lên và ngược lại ($r = 0,315$, $p < 0,001$). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Jesty Sunny và cộng sự về chất lượng cuộc

sống công việc và hài lòng của điều dưỡng ở bệnh viện công và tư (2018) ($r = 0,0562$, $p = 0,001$). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Guler Cimete về hài lòng nghề nghiệp liên quan đến chất lượng cuộc

sống của ĐD làm việc tại bệnh viện đại học y của Istanbul (2003) [8].

V. KẾT LUẬN

1. Điểm số hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng là $3,55 \pm 0,36$. Các yếu tố ảnh hưởng tới hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng là: Thời gian làm việc, trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân của mỗi Điều dưỡng

2. Điểm số chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng là $3,49 \pm 0,37$. Các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng là: Thời gian hành nghề Y và trình độ học vấn.

3. Có mối tương quan thuận giữa chất lượng cuộc sống và hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng ($r = 0,315$, $p = 0,000$). Do đó, để cải thiện chất lượng cuộc sống của Điều dưỡng thì phải có giải pháp nâng cao sự hài lòng nghề nghiệp của Điều dưỡng; hay nói cách khác là cải thiện các yếu tố tạo nên sự hài lòng nghề nghiệp chung: Môi trường làm việc, đồng nghiệp, cơ hội phát triển...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Bình**, Sự hài lòng của nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc Tỉnh Kon Tum

2016. Tạp chí Y học dự phòng, tập 27, 2016. 8: p. 374.

2. **Guilbert, J.J.**, *The World Health Report 2006: working together for health*. Educ Health (Abingdon), 2006. **19**(3): p. 385-7.

3. **Wang, L., et al.**, Analysis and strategy research on quality of nursing work life. Medicine (Baltimore), 2020. **99**(6): p. e19172.

4. **Nayeri, N.D., T. Salehi, and A.A. Noghabi**, Quality of work life and productivity among Iranian nurses. Contemp Nurse, 2011. **39**(1): p. 106-18.

5. **Dargahi, H., V. Changizi, and E. Jazayeri Gharabagh**, Radiology employees' quality of work life. Acta Med Iran, 2012. **50**(4): p. 250-6.

6. **Gholami, A., et al.**, Application of WHOQOL-BREF in Measuring Quality of Life in Health-Care Staff. Int J Prev Med, 2013. **4**(7): p. 809-17.

7. **N, P., et al.**, NURSING STAFF'S JOB SATISFACTION AT A PUBLIC GENERAL HOSPITAL IN CYPRUS. Journal of Nursing Management, 2018. **7**.

8. **Cimete, G., N.S. Gencalp, and G. Keskin**, Quality of life and job satisfaction of nurses. J Nurs Care Qual, 2003. **18**(2): p. 151-8.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE (SXHD) Ở TRẺ EM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TƯ NHÂN BÌNH DƯƠNG TỪ THÁNG 1/2019 ĐẾN 12/2019

Lê Văn Điền*

TÓM TẮT

1. Đặt vấn đề: Bệnh viện tuyến cơ sở là nơi đầu tiên tiếp nhận và điều trị SXHD. Nếu công tác chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện này thực hiện tốt góp phần cải thiện chất lượng điều trị bệnh. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về sốt xuất huyết dengue nhưng nghiên cứu về tuân thủ của nhân viên y tế trong việc chẩn đoán và điều trị SXHD còn ít. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi tiến hành đề tài này giúp công tác điều trị hiệu quả hơn và giảm tỷ lệ chuyển viện tuyến trên.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu 171 bệnh án SXHD

3. Kết quả:

- SXHD không chuyển độ 125 ca (73.1%), SXHD chuyển sang cảnh báo 39 ca (22.8%), SXHD chuyển sang SXHD nặng 5 ca (2.9%), SXHD cảnh báo chuyển sang nặng 2 ca (1.2%)

- Đa số diễn tiến tốt chiếm (93.6%), diễn tiến nặng kéo dài (6.4%), xuất viện (97.6%), chuyển viện (2.4%), thời gian trung bình nằm viện (4.1 +/- 0.1 ngày),

- Phần lớn trường hợp tuân thủ chẩn đoán độ nặng bệnh (94.7%), theo dõi lâm sàng (93%), chỉ định CLS lúc mới nhập viện (96%), theo dõi CLS (94.7%), theo dõi biến chứng phù hợp (97.7%).

4. Bàn luận:

- Đa số bệnh nhân SXHD diễn tiến tốt, xuất viện, có 4 trường hợp (2.4%) chuyển viện.

- Có mối tương quan giữa việc tuân thủ chẩn đoán độ nặng, theo dõi lâm sàng, cận lâm sàng, theo dõi biến chứng phù hợp, quyết định truyền dịch đúng, quyết định giảm liều dịch và ngưng dịch đúng với diễn tiến quá trình điều trị SXHD.

5. Kết luận: Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương có đủ khả năng điều trị bệnh SXHD. Cần nâng cao tính tuân thủ trong thực hành của nhân viên y tế trong việc tiếp cận, chẩn đoán, theo dõi và điều trị SXHD qua việc tập huấn, nhắc nhở thường xuyên, đánh giá, kiểm tra đối với tất cả nhân viên y tế.

SUMMARY

TREATMENTS, RESULTS, RELATED FACTORS AND EVALUATION OF THE COMPLIANCE WITH THE TREATMENT REGIMEN OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN CHILDREN AT HOAN MY BINH DUONG HOSPITAL, 2019

Objectives: Children with Dengue hemorrhagic fever (DHF) can be treated well in cottage hospital. Diagnoses, treatments of the hospital play an important part in improving quality of treatments. There are many researches into DHF but the evaluation of the compliance with the treatment regimen of its is rare. The aim of this study is to characterize the using and compliance with guideline in treating Dengue Hemorrhagic Fever in children of Doctors at

*Bệnh Viện Đa Khoa Tư Nhân Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Điền

Email: Ledien201290@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Pediatric Department, Hospital of Hoan my Binh Duong, Viet Nam, from 1/2019 to 12/2019.

Methods: This was a cross- sectional study, studied on 171 cases DHF

Results: In 125 cases (73,1%) were initially diagnosed with DHF without warning signs, 39 patients, accounted to 22,8 %, were found to progress to DHF with warning signs, 5 patients (2,9%) deteriorated from DHF without warning signs to severe DHF, 2 patients (1,2 %) were initially diagnosed with DHF with warning signs progressed to severe DHF. Overall, it was evident that most of patients (93.6%) improved, 97.6 % of them were finally stable and discharged after treatment, 6,4% of them progressed severely and 2,4% of the patients needed inter- hospital transfer. The average time for hospitalization were 4,1 +/- 0,1 days. Physicians complied with guidelines in severity assessment, monitoring clinical signs and laboratory findings in more than 94% of cases.

Discussion: Most of patients improved and discharged after treatment. There were 4 cases (2,4%) that needed inter- hospital transfer and were finally stable.

There was a correlation between how much physicians complied with protocol and progression of DHF in treatment process.

There was a correlation between how much doctors had right decision in suppling, reducing and discontinuing intravenous fluid and progression of DHF.

Conclusion: Hoan My Binh Duong hospital has potential to admit and treat DHF well. It is necessary to improve the compliance of doctors in access, diagnosis, monitor and treatment of DHF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt Xuất Huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm do virus Dengue gây nên, bệnh chủ yếu do muỗi Aedes aegypti truyền virus từ người bệnh sang người lành. Đặc điểm

lâm sàng 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. Bệnh viện tuyến cơ sở là nơi đầu tiên tiếp nhận và điều trị SXHD. Nếu công tác chẩn đoán, điều trị của bệnh viện cơ sở thực hiện tốt sẽ góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân, giảm tỷ lệ chuyển viện, giảm quá tải ở các bệnh viện tuyến trên đồng thời giảm chi phí điều trị, chi phí sinh hoạt cho bệnh nhân [1] [2]. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về sốt xuất huyết dengue ở người lớn, nhưng nghiên cứu về sốt xuất huyết dengue ở trẻ em rất ít, đặc biệt là các nghiên cứu đánh giá sự tuân thủ của nhân viên y tế trong việc chẩn đoán, chăm sóc, và điều trị SXHD. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "Thực trạng tuân thủ điều trị SXHD ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa tư nhân Bình Dương" nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị đồng thời giúp các bác sĩ lâm sàng rút kinh nghiệm trong chẩn đoán, điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh nhân SXHD, giúp công tác điều trị hiệu quả hơn và giảm tỷ lệ chuyển viện tuyến trên.

Mục tiêu tổng quát. Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị, kết quả điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhi 1-15 tuổi nhập khoa nhi điều trị nội trú tại bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương từ tháng 1 đến 12/2019.

Mục tiêu cụ thể

- Đánh giá việc tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ trong quá trình điều trị SXHD
- Mô tả kết quả điều trị
- Khảo sát mối liên quan giữa việc tuân thủ phác đồ điều trị với kết quả điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu từ hồ sơ bệnh án

3.1.2. Cỡ mẫu ước lượng

Cỡ mẫu được xác định dựa trên phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống theo công thức Taro Yamane (1973)

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

. Với n cỡ mẫu; N là số lượng tổng thể ước lượng mỗi tháng khoảng 24 hồ sơ bệnh SXHD, một năm khoảng 288 hồ sơ.

.e là sai số tiêu chuẩn của nghiên cứu là 0,05

→ Vậy cỡ mẫu của nghiên cứu theo công thức trên là:

$$\frac{288}{1+288(0.05)^2}$$

$$n = 168$$

Vậy số mẫu tối thiểu là 168

Cỡ mẫu thực tế: 171 hồ sơ bệnh án, được chọn ngẫu nhiên thỏa mẫu tiêu chuẩn

3.2. Đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Dân số chọn mẫu

Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán SXH Dengue nhập viện khoa Nhi bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019.

3.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu

Chúng tôi chọn mẫu ngẫu nhiên thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu

3.2.3. Tiêu chí nhận bệnh

Các bệnh nhi ≤ 15 tuổi thỏa mãn các điều kiện: Được chẩn đoán SXH Dengue theo tiêu chuẩn Bộ Y tế năm 2019. Có kết quả kháng nguyên virus NS1Ag dương tính

3.2.4. Phương pháp thu thập và xử trí số liệu.

Số liệu được thu thập theo bảng soạn sẵn, xử lý bằng phần mềm excel và máy tính cầm

tay. Mỗi liên quan được kiểm bằng phép kiểm Chi bình phương hiệu chỉnh Yate, phép kiểm chính xác Fisher

Ngưỡng ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

3.3. Các khái niệm

3.3.1. Dư cân/béo phì[3] Khi cân nặng/tuổi > +2SD hoặc BMI/tuổi > +2SD

3.3.2.Chẩn đoán xác định SXHD[3]. Dựa theo hướng dẫn của BYT năm 2019 về lâm sàng bao gồm: Sốt cao liên tục 2-7 ngày, có xuất huyết da niêm, có các dấu hiệu cảnh báo hay SXH Dengue nặng như sốc, xuất huyết nặng, suy tạng và về cận lâm sàng bao gồm: có cô đặc máu: Hct tăng $\geq 20\%$ giá trị bình thường, Tiểu cầu giảm $\leq 100.000/mm^3$ và NS1Ag (+)

3.3.3.Diễn tiến nặng, kéo dài[3]. Trong quá trình điều trị bệnh nhi diễn tiến nặng hơn, kéo dài thời gian điều trị.

3.3.4.Diễn tiến tốt, theo diễn tiến bệnh[3]. Trong quá trình bệnh, bệnh nhi có diễn tiến tốt, theo tiến triển của bệnh

3.3.5.Tuân thủ chẩn đoán độ nặng đúng[3]. Gọi là tuân thủ khi phối hợp các tiêu chuẩn lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán độ nặng của bệnh bao gồm SXHD, SXHD cảnh báo, SXHD nặng dựa theo hướng dẫn của BYT 2019.

3.3.6.Chỉ định cận lâm sàng phù hợp[3]. Gọi là tuân thủ khi tùy theo ngày bệnh, độ nặng của bệnh mà có chỉ định cận lâm sàng phù hợp. Bao gồm chỉ định xét nghiệm để chẩn đoán xác định (NS1Ag: từ ngày 1 đến ngày 5), chỉ định công thức máu khi nghi ngờ nhiễm trùng hay vào ngày thứ 3, 4, 5, 6, 7 của bệnh, chỉ định chức năng gan, thận, đông máu toàn bộ, Ion đồ, Xquang, siêu âm phù hợp với ngày bệnh và lâm sàng của bệnh nhân dựa theo hướng dẫn của BYT 2019

3.3.7. Quyết định truyền dịch đúng[3]. Gọi là tuân thủ khi có chỉ định truyền dịch trong trường hợp SXHD có dấu hiệu cảnh báo có chỉ định truyền dịch, Sốc SXHD, Sốc SXHD nặng hay xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn ói nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, Hct tăng cao mặc dù huyết áp vẫn ổn định dựa theo hướng dẫn của

BYT 2019. Không chỉ định truyền dịch để hạ sốt, không chỉ định truyền dịch để lưu kim

3.3.8. Quyết định loại dịch đúng[3]. Gọi là tuân thủ khi chọn lựa loại dịch là điện giải hay cao phân tử, máu... phù hợp chẩn đoán, tình trạng của bệnh nhân dựa theo hướng dẫn của BYT 2019. Dịch khởi đầu là dịch tinh thể như Lactate Ringer hay NaCl 0,9%, không dùng dung dịch ưu trương hay nhược trương, tiếp tục duy trì dịch tinh thể nếu tình trạng bệnh nhi cải thiện. Sau liều dịch đầu tiên nếu không cải thiện phải chọn lựa dung dịch cao phân tử, hoặc dùng cao phân tử trong trường hợp sốc SXHD nặng, sau khi bơm trực tiếp dịch điện giải 20ml/kg/15 phút

3.3.9. Quyết định tốc độ truyền dịch phù hợp[3]. Gọi là tuân thủ khi quyết định tốc độ truyền dịch theo độ nặng, tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng dựa theo hướng dẫn của BYT 2019. Tốc độ dịch truyền ban đầu trong trường hợp bệnh nhân SXHD cảnh báo là 6-7ml/kg/giờ, sau đó giảm hay tăng liều tùy theo tình trạng đáp ứng của bệnh nhân. Khi bệnh nhân có sốc SXHD liều dịch khởi đầu là 15-20ml/kg/giờ, khi sốc nặng liều dịch bắt

đầu là 20ml/kg/15 phút, sau đó tăng hay giảm dịch, đổi loại dịch là tùy tình trạng có cải thiện hay không của bệnh nhi

3.3.10. Quyết định giảm dịch/ ngưng dịch đúng[3]. Gọi là tuân thủ khi quyết định giảm tốc độ dịch truyền dựa theo tình trạng sinh hiệu, lâm sàng, cận lâm sàng theo hướng dẫn của BYT 2019.

3.3.11. Theo dõi lâm sàng phù hợp[3]. Gọi là tuân thủ khi có chỉ định theo dõi các dấu hiệu lâm sàng như sinh hiệu, dấu hiệu cảnh báo, dấu xuất huyết, lượng nước tiểu... trong thời gian bệnh nhân nằm viện hợp lý theo hướng dẫn của BYT 2019 để kịp thời phát hiện các dấu hiệu chuyển độ nặng. Khi bệnh nhân đang sốc theo dõi sinh hiệu mỗi 15-30 phút 1 lần, sau đó mỗi 1-2 giờ trong 24 giờ, ghi lượng nước xuất nhập trong 24 giờ. Đo lượng nước tiểu. Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim

3.3.12. Theo dõi cận lâm sàng phù hợp[3]. Gọi là tuân thủ khi có chỉ định cận lâm sàng như công thức máu, Hct, siêu âm bụng, Xquang..... hợp lý về thời điểm, khoảng cách các xét nghiệm và phù hợp tình trạng, chẩn đoán của bệnh nhân. Khi bệnh nhân đang sốc theo dõi Hct mỗi 1-2 giờ trong giờ đầu, sau đó mỗi 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.

3.3.13. Theo dõi biến chứng phù hợp [3]
Có chỉ định theo dõi các dấu hiệu biến chứng của bệnh như suy hô hấp, quá tải, xuất huyết và chỉ định cận lâm sàng phù hợp..... để có can thiệp kịp thời dựa theo hướng dẫn của BYT 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian điều trị	4.1 +/- 0.1 (1-8)
Xuất viện	167 (97.6%)

Chuyển viện	4 (2.4%)
Nguyên nhân chuyển viện	
Sốc- tái sốc	
Xuất huyết nặng, suy tạng	1(25%)
SXHD CB béo phì, nhũ nhi	1(25%)
Chuyển viện theo yêu cầu	2 (50%)
Diễn tiến bệnh trong quá trình điều trị	
Tốt, theo diễn tiến bệnh	160 (93.6%)
Diễn tiến nặng kéo dài	11 (6.4%)

4.2. Diễn tiến quá trình điều trị

Đặc điểm chuyển độ	Kết quả
SXHD→ Ổn→ Xuất viện	125(73.1%)
SXHD→ SXHD CB	39 (22.8%)
SXHD→ SXHD Nặng	5 (2.9%)
SXHD CB→ SXHD Nặng	2 (1.2%)

4.3. Đánh giá tuân thủ chẩn đoán, theo dõi và điều trị SXHD

Đánh giá tuân thủ	Có	Không
Tuân thủ chẩn đoán và theo dõi		
Tuân thủ chẩn đoán độ nặng phù hợp	162 (94.7%)	9 (5.3%)
Theo dõi lâm sàng phù hợp	159 (93%)	12 (7%)
Chỉ định CLS đúng	164 (96%)	7 (4%)
Theo dõi CLS phù hợp	162 (94.7%)	9 (5.3%)
Theo dõi biến chứng phù hợp	167 (97.7%)	4 (2.3%)
Tuân thủ điều trị dịch truyền		
Quyết định truyền dịch đúng	30 (75%)	10 (25%)
Chọn loại dịch truyền phù hợp	39 (97.5%)	1(2.5%)
Quyết định tốc độ dịch truyền và giảm dịch/ ngưng dịch đúng	28 (70%)	12 (30%)

4.4. Mối liên quan giữa việc tuân thủ chẩn đoán, theo dõi và điều trị với diễn tiến quá trình điều trị

Yếu tố		Diễn tiến		P
		Nặng, kéo dài (11)	Tốt(160)	
Tuân thủ chẩn đoán độ nặng đúng	Có	6 (54.5%)	156 (97.5%)	<0.001
	Không	5 (45.5%)	4 (2.5%)	
Tuân thủ theo dõi lâm sàng phù hợp	Có	7 (63.6%)	152(95%)	0.0034
	Không	4 (36.4%)	8 (5%)	

Tuân thủ theo dõi CLS phù hợp	Có	8 (72.7%)	154(96.3%)	0.0013
	Không	3 (27.3%)	6 (3.7%)	
Theo dõi biến chứng phù hợp	Có	10(91%)	157 (98%)	0.022
	Không	1 (9%)	3 (2%)	

4.5. Mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị dịch truyền với diễn tiến quá trình điều trị của bệnh nhi được truyền dịch

Yếu tố		Diễn tiến		P
		Nặng, kéo dài(11)	Tốt(29)	
Quyết định truyền dịch đúng	Có	5 (45.5%)	25 (86.2%)	0.0245
	Không	6 (54.5%)	4 (13.8%)	
Quyết định giảm dịch và ngưng dịch đúng	Có	4 (36.4%)	24(82.8%)	0.0134
	Không	7 (64.6%)	5 (17.2%)	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu từ tháng 1/2019 đến 12/2019 có 171 trường hợp SXHD đưa vào mẫu:

- Thời gian trung bình nằm viện (4.1 ± 0.1), đa số diễn tiến tốt chiếm (93.6%), diễn tiến nặng kéo dài (6.4%), xuất viện chiếm (97.6%), chuyển viện 4 TH (2.4%), chuyển theo yêu cầu 2 TH (50%), chuyển SXHD CB béo phì 1 TH (25%), chuyển SXHD suy tạng 1 TH (25%)

- Đa số SXHD diễn tiến ổn không chuyển độ chiếm (73.1%), SXHD chuyển sang CB (22.8%), theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Linh và cs [6] thì tỉ lệ chuyển sang SXHD CB 13.8%, theo nghiên cứu Lê Thị Hoa và cs [5] thì 18.2%, phần lớn điều trị theo hướng dẫn của BYT 2019 diễn tiến ổn, có 4 TH chuyển nặng hơn do sức đề kháng mỗi bệnh nhân và độc lực virus. SXHD chuyển sang SXHD nặng chiếm (2.9%), SXHD CB chuyển sang nặng chiếm (1.2%)

- Đa số trường hợp tuân thủ chẩn đoán độ nặng (94.7%) (các trường hợp không chẩn đoán độ nặng do chẩn đoán độ nặng trễ, hay bệnh diễn tiến nhanh). Tuân thủ theo dõi lâm

sàng (93%) (không theo dõi sát sinh hiệu, lượng nước tiểu, dấu hiệu xuất huyết, tri giác). Tuân thủ chỉ định CLS lúc mới nhập viện (96%) (khai thác bệnh sử chưa đầy đủ, người nhà bé lo lắng lấy máu nhiều không đồng ý làm cls đầy đủ). Tuân thủ về theo dõi CLS (94.7%) (tình hình kinh tế gia đình bé, người nhà lo lắng không đồng ý xét nghiệm đầy đủ), theo dõi biến chứng phù hợp (97.7%).

- Trong nghiên cứu 40 TH truyền dịch: tuân thủ truyền dịch đúng (75%), các tình huống không tuân thủ truyền dịch như truyền dịch giữ vein, truyền dịch hạ sốt, truyền dịch cho bệnh nhân ăn uống kém, hay cần truyền dịch mà truyền dịch trễ, loại dịch truyền phù hợp (97.5%), tuân thủ tốc độ dịch truyền và giảm dịch/ ngưng dịch đúng (70%), các trường hợp không tuân thủ giảm và ngưng dịch do truyền dịch trong 6h giờ đầu bệnh nhân cải thiện tốt nên ngưng dịch đột ngột không theo phác độ BYT 2019

- Trong nghiên cứu này có mối tương quan và ảnh hưởng giữa việc tuân thủ chẩn đoán độ nặng, tuân thủ theo dõi lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng phù hợp theo phác

độ BYT 2019 với diễn tiến quá trình điều trị SXHD với $P < 0.05$ (có ý nghĩa thống kê)

- Và có mối tương quan và ảnh hưởng giữa việc quyết định truyền dịch đúng, quyết định giảm liều dịch và ngưng dịch đúng theo phác độ BYT 2019 với diễn tiến quá trình điều trị của nhóm SXHD CB và SXHD nặng được truyền dịch với $P < 0.05$ (có ý nghĩa thống kê), kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hoa và cộng sự [5] cũng cho kết quả tương tự.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu SXHD nhi tại bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương, chúng tôi có 1 số kiến nghị sau:

- Bệnh viện tuyến cơ sở hoàn toàn có khả năng tiếp nhận, chẩn đoán, theo dõi và điều trị các trường hợp SXHD

- Cần có kế hoạch chuẩn bị, đầu tư thêm cho nhân sự, dự trữ thuốc, dịch truyền và một số máy móc để đảm bảo việc chẩn đoán và điều trị SXHD tốt hơn nhằm giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên. Cần quan tâm việc nâng cao tính tuân thủ trong thực hành của nhân viên y tế trong việc tiếp cận, chẩn đoán, theo dõi và điều trị SXHD qua việc tập huấn, nhắc nhở thường xuyên, đánh giá, kiểm tra đối với tất cả nhân viên y tế nhằm tăng chất lượng điều trị cho bệnh nhân đặc biệt là tại các bệnh viện tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2019). "Quyết định 3705/QĐ-BYT:

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue 2019".

2. Bệnh Viện Nhi Đồng 1 (2017). "Phác Đồ Điều Trị Nhi khoa". Nhà Xuất Bản Y Học.

3. Lê Thị Hoa, Nguyễn Thanh Hùng, Phạm Văn Quang (2019). " Điều trị và đánh giá tuân thủ điều trị sốt xuất huyết dengue ở trẻ em tại bệnh viện Quận 2, Tp.Hcm" , Y Học TP. Hồ Chí Minh, trang 202- 210, tập 23, số 3, 2019

4. Nguyễn Thị Diệu Linh và cs (2017). "Điều trị SXH Dengue trẻ em tại bệnh viện Quận Tân Phú TP.HCM năm 2015-2016", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 21(3)

5. Nguyễn Ngọc Rạng và cs (2011). "Đặc điểm lâm sàng và giá trị các dấu hiệu cảnh báo tiên đoán sốc ở trẻ em mắc SXH Dengue theo bảng phân loại mới của WHO ". Kỷ yếu HNKH BV An Giang, trang 62-71.

6. Nguyễn Thanh Hùng, Nguyễn Trọng Lâm, Lê Bích Liên và cs (2003). "Đặc điểm lâm sàng, điều trị Sốt Xuất Huyết Dengue ở trẻ nhũ nhi". Y Học TP. Hồ Chí Minh, 7:trang 138-144.

7. WHO (2009). "Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. Geneva". World Health Organization.

8. WHO (2012). "Handbook for clinical management of dengue". World Health Organization, URL: handbook_for_clinical_management_of_dengue. Geneva.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LAO GAN NGUYÊN PHÁT VÀ HỒI CỨU Y VẤN

**Trần Đình Thanh*, Hà Đề Diễm*, Ngô Tuấn Khanh*
Nguyễn Quang Luật*, Đỗ Minh Hoàng Trọng***

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh lao gan nguyên phát ít gặp, rất khó chẩn đoán, thường nhầm lẫn áp xe hay u gan và hầu hết các trường hợp lao gan được chẩn đoán dựa trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

Trình bày ca lâm sàng: bệnh nhân nữ 55 tuổi có tiền căn tiểu đường, cao huyết áp. Nhập viện vì sốt về chiều đau hạ sườn phải. Siêu âm nghi tới áp xe gan do ký sinh trùng, phân biệt u gan. Kết quả sinh thiết: lao gan. Bệnh nhân điều trị 4 loại thuốc kháng lao và kết quả bình phục.

Bàn luận: bệnh lao gan có 2 dạng: lao gan nguyên phát và lao gan thứ phát. Lao gan nguyên phát là tình huống hiếm gặp. Chẩn đoán phải dựa vào mô bệnh học. Điều trị lao dùng phối hợp 4 thuốc kháng lao: Rifamycine, Rimifon, Pyrazinamide và Ethambutol.

Kết luận: Lao gan là một bệnh cần lưu ý trong chẩn đoán phân biệt trong các nguyên nhân áp xe gan, nhất là ở vùng có lưu hành độ lao cao.

Từ khóa: Lao gan; áp xe gan

SUMMARY

A CASE OF PRIMARY HEPATIC TUBERCULOSIS AND LITERATURE REVIEW

Introduction: Primary liver tuberculosis is a rare condition, difficult to diagnose and often

mistakenly diagnosed with abscesses or liver tumors. Most cases of hepatic tuberculosis are diagnosed based on the postoperative pathology.

Case report: A 55-year-old female patient, who had history of diabetes and high blood pressure, had been hospitalized with fever in the afternoon and pain in the lower right rib. Ultrasound concluded a liver abscess condition caused by parasites, another different diagnosis was liver tumor. Core biopsy resulted tuberculosis of the liver. The patient was treated with 4 anti-tuberculosis drugs then recovered.

Discussion: Tuberculosis of the liver has 2 forms: primary liver tuberculosis and secondary liver tuberculosis. Primary liver tuberculosis is a rare condition. Diagnosis must be based on histopathology. TB treatment using a combination of 4 anti-TB drugs: Rifamycine, Rimifon, Pyrazinamide and Ethambutol.

Conclusion: Liver tuberculosis is a disease that should be considered as differential diagnosis of liver abscess, especially in endemic areas of tuberculosis.

Keywords: Liver tuberculosis; liver abscesses

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao ngày càng được toàn thế giới quan tâm vì những biểu hiện bất thường ngày càng tăng của nó. Bệnh lao gan nguyên phát là thể lao ngoài phổi, hiếm gặp. Hầu hết các liên quan của gan với bệnh lao được coi là thứ phát vì thường kèm với bệnh lao kê toàn thể. Lao gan nốt lớn nguyên phát đầu tiên được Bristowe báo cáo vào năm 1858. Đó là kết quả của việc trực khuẩn lao xâm

*Bv Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Thanh

Email: trandinhthanh55@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

nhập vào tĩnh mạch cửa từ một ổ vi khuẩn lao trong ruột tự khỏi và không để lại dấu vết tại ruột mà chỉ biểu hiện tại gan.[4] Bệnh lao gan đơn thuần (nguyên phát) ít gặp, rất khó chẩn đoán, thường nhầm lẫn với áp xe hay u gan và hầu hết các trường hợp lao gan được chẩn đoán dựa trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Mối liên quan giữa các đặc điểm hình ảnh và giai đoạn bệnh lý của lao gan gần đây đã có nhiều báo cáo. Chúng tôi trình bày một trường hợp lao gan nguyên phát được chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh nhờ sinh thiết bằng kim qua da dưới hướng dẫn siêu âm mà ban

đầu nghĩ là áp xe gan do ký sinh trùng, phân biệt u gan.

2. Trình bày ca lâm sàng

Bệnh nhân nữ sinh năm 1964 địa chỉ Bà Rịa Vũng tàu.

Bệnh sử: 6 tháng nay đau hạ sườn phải, kèm uể oải, sốt ớn lạnh về chiều khám nhiều nơi nghi viêm gan. Tháng 4/2019 được chẩn đoán áp xe gan do ký sinh trùng, điều trị không giảm nhập viện: đau hạ sườn phải, vàng da nhẹ, thường hay ợ buồn nôn, qua siêu âm chẩn đoán: U gan phải áp xe hóa/tiểu đường, trào ngược dạ dày. Tiền sử tiểu đường, cao huyết áp đang điều trị.

2.1 Chẩn đoán hình ảnh:



Hình 1: Siêu âm ổ bụng trong gan phải khả năng do ký sinh trùng (phân biệt u gan phải) A: (02/5/2019) Gan phải có sang thương echo hỗn hợp, bờ đều không tăng sinh mạch máu d# 44x53mm; B: (21/06/2019) Gan phải có 1 sang thương echo hơi kém không đồng nhất, giới hạn rõ, không tăng sinh mạch máu, d # 67x42mm, bên trong có vài ổ abscess nhỏ, dmax # 18mm.



Hình 2: Chụp cắt lớp ổ bụng (19/4/2020)

Gan không lớn, bờ gan đều. Cấu trúc nhu mô gan đồng nhất. Tại hạ phân thùy VI gan phải có ổ sang thương đậm độ dịch đường kính 77mm bờ không đều, giới hạn không rõ, có nhiều ổ áp xe nhỏ bên trong đường kính <2cm. Sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, sang thương bắt quang viền và thành vách.



Hình 3: (3A) Xquang phổi bình thường;

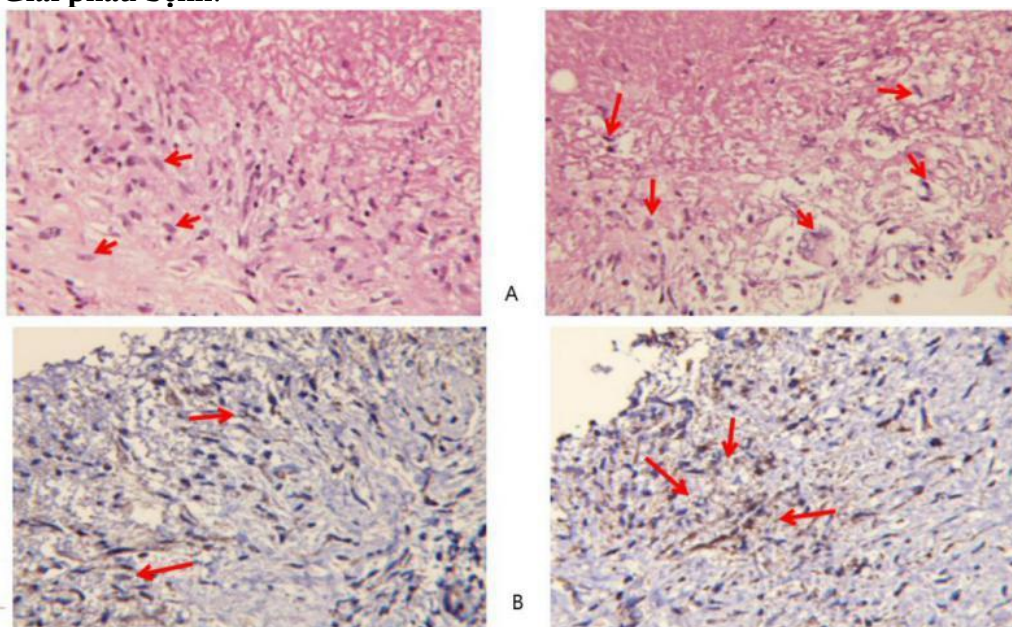
(3B) Hình cắt lớp ổ bụng phóng to: áp xe gan phân thùy VI.

Kết luận: Áp xe gan đường kính 77mm tại hạ phân thùy VI gan phải khả năng do ký sinh trùng.

2.2 Các xét nghiệm:

Các xét nghiệm máu: trong giới hạn bình thường, chức năng gan bình thường, HIV; HCV; HBsAg âm tính. Các xét nghiệm ký sinh trùng: Sán lá gan *Clonorchis sinensis* (IgM, IgG) (sán lá gan nhỏ); *Fasciola hepatica* (Sán lá gan lớn) [máu] âm. α FP âm tính.

2.3 Giải phẫu bệnh:



Hình 4: Vi thể giải phẫu bệnh.

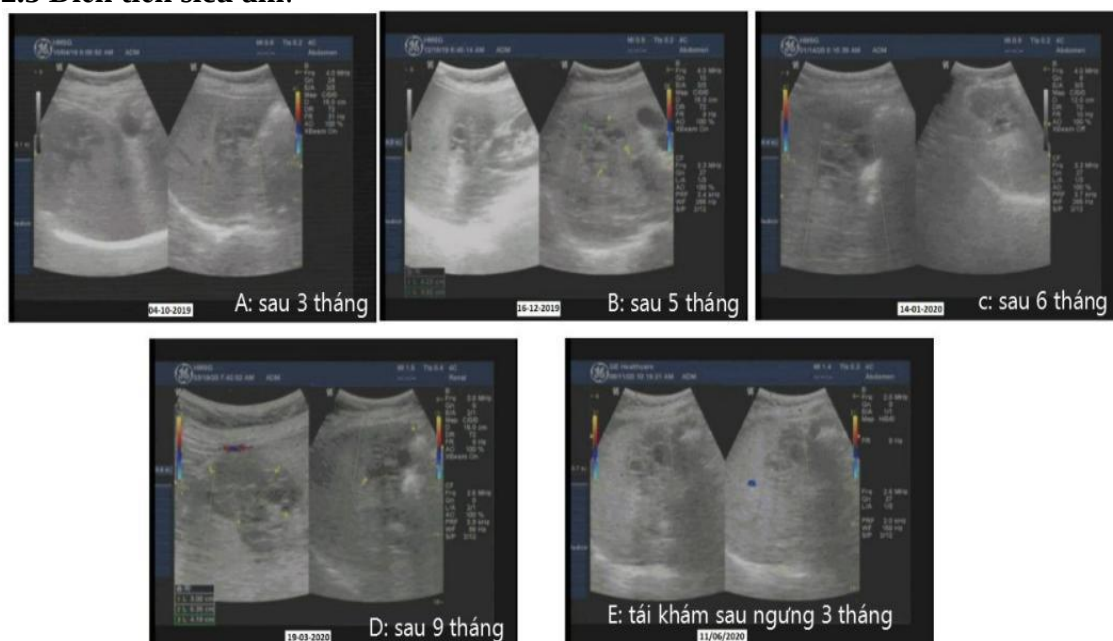
(H4A chưa nhuộm hóa mô miễn dịch) mô gan có nhiều hoại tử bã đậu, xung quanh có thoái bào và đại bào, xuất huyết, thâm nhập bạch cầu nhiều mủi. (H4B Nhuộm hóa mô miễn

dịch 1 dấu ấn vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis*) thoái hóa dương tính với *Mycobacterium tuberculosis*.

Kết luận: Viêm lao gan

2.4 Điều trị: 2RHEZ/4RHE/3RH, từ cuối tháng 6/2019 theo chương trình chống lao dung nạp thuốc tốt, sau 1 tháng hết triệu chứng lâm sàng và hoàn thành điều trị lao theo chương trình 6 tháng, do tổn thương siêu âm còn nghi ngờ chúng tôi điều trị thêm 3 tháng RH, tổng cộng 9 tháng thuốc lao, bệnh bình phục, không ghi nhận biến chứng bất lợi. Theo dõi tái khám định kỳ 3 tháng sau bệnh ổn về lâm sàng và siêu âm chỉ còn vùng echo trống. Tiếp tục theo dõi.

2.5 Diễn tiến siêu âm:



Hình 5. Diễn tiến điều trị trên siêu âm

(H5A-04/10/2019 sau 3 tháng) gan phải có sang thương echo hỗn hợp, bờ đều, không tăng sinh mạch d#39mm. (H5B-16/12/2019 sau 5 tháng) gan phải có sang thương echo hỗn hợp, không đồng nhất, không tăng sinh mạch máu d# 39x42mm. (H5C-14/01/2020 sau 6 tháng) gan phải có sang thương echo trống, d#29x44mm, (H5D-19/03/2020 sau 9 tháng) gan phải có sang thương echo trống, không đồng nhất d#30x42mm. (H5E-11/06/2020 sau ngưng điều trị 3 tháng) gan phải có sang thương echo kém, bờ đều, không đồng nhất, không tăng sinh mạch d# 32x41mm.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lao là một nguyên nhân đang ngày càng được toàn thế giới quan tâm vì những biểu hiện bất thường ngày càng tăng của nó. Từ khi có đại dịch HIV bệnh lao ngoài phổi

ngày càng có nhiều báo cáo, thêm vào đó tình trạng kháng thuốc lao ngày càng tăng nên việc điều trị lao ngày càng phức tạp hơn. Hiện tại theo WHO, Việt nam hiện đứng thứ 16 trong 30 nước có dịch tể lao cao [12]

Mặc dù bệnh lao thường biểu hiện là lao phổi, nhưng gần đây bệnh ngoài phổi ngày càng gia tăng, ước tính chiếm khoảng 15% tổng số các bệnh lao.[4]

Bệnh lao gan là thể lao ngoài phổi thường biểu hiện trong bệnh cảnh lao nặng toàn thân như lao kê phổi kèm các vị trí ngoài phổi, đó là thể lao thứ phát. Lao gan nguyên phát hiếm gặp nhất là ở bệnh nhân khỏe mạnh không mắc hội chứng suy giảm miễn dịch. Dạng lao gan nguyên phát nổi lớn lần đầu tiên được Bristowe báo cáo vào năm 1858, ông phát hiện 12 bệnh nhân bị lao gan trong 167 bệnh nhân lao loét đường ruột. Lao gan nguyên phát là kết quả của việc trực khuẩn lao xâm nhập vào tĩnh mạch cửa từ một ổ vi khuẩn lao trong ruột với quá trình lành sau đó xảy ra tại vị trí xâm nhập và không để lại dấu vết.[10]

Lao gan nguyên phát đơn thuần không tìm thấy một ổ lao khác trên cơ thể là cực kỳ hiếm và được mô tả rất ít trong y văn. Chẩn đoán lao gan khó và chậm trễ do các đặc điểm hình ảnh và lâm sàng không đặc hiệu [2,6,]

Kok và cộng sự [5] đã ghi nhận trong 1678 trường hợp mắc bệnh lao mới chỉ có 0,3 % trường hợp mắc bệnh lao gan.

Tại Việt nam chúng tôi chưa tìm được bài báo cáo lao gan trên y văn, nhưng ghi nhận trong chuyên môn có 4 trường hợp lao gan đã phát hiện gần đây:

✓ Năm 2009 Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng: Một trường hợp nữ 79 tuổi chẩn đoán ban đầu: Sỏi ống mật chủ, sau phẫu thuật chẩn đoán lao gan.

✓ Năm 2010 Bệnh viện Triều An: Một người Campuchia chẩn đoán viêm phúc mạc

sau phẫu thuật chẩn đoán U lao gan vỡ gây viêm phúc mạc.

✓ 2013 Bệnh viện Nguyễn Tri Phương: Một bệnh nhân nam 44 tuổi được chẩn đoán lao gan, lách, phổi, mà trước đó nghĩ là u gan.

✓ 2016 Bệnh viện Chợ Rẫy: Lao gan trên bệnh Wilson, nữ sinh 20 tuổi.

Phân loại lao gan còn nhiều bàn cãi, theo y văn gan bị liên quan tới lao thường gặp trong bệnh lao lan tràn. Lao gan nguyên phát đơn thuần ít gặp, có thể do nồng độ oxy thấp trong gan không thuận lợi cho trực khuẩn lao phát triển. Bệnh lao thường tập trung chủ yếu ở phổi hoặc đường tiêu hóa là những ổ lao nguyên phát, sau đó, nó lan đến gan theo đường máu từ phổi qua động mạch cửa gan, và một số ít qua tĩnh mạch cửa từ ổ lao đường tiêu hóa (dạ dày ruột).[3,11]

Reed và Cộng sự [7] đã phân loại lao gan thành ba loại hình thái:

(1) Lao gan liên quan đến lao kê phổi, là dạng phổ biến nhất, được ghi nhận trong 50-80% bệnh nhân tử vong vì lao phổi.

(2) Lao kê nguyên phát của gan và

(3) U lao nguyên phát hoặc áp xe lao của gan.

Việc chẩn đoán lao gan còn nhiều thách thức, vì các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, từ không có triệu chứng gì đến biểu hiện sốt, suy nhược, sụt cân, đau bụng, gan lách to và hiếm khi là tăng áp lực hệ cửa, trong tình huống này, hầu hết bệnh nhân không có tiền sử phơi nhiễm với lao trước đó. Bắt buộc phải chẩn đoán sớm tình trạng này vì tỷ lệ tử vong do lao ổ bụng không được điều trị theo Wu và cộng sự lên tới 50% .[13].

Về chẩn đoán hình ảnh: các đặc điểm hình ảnh của lao gan không đặc hiệu và có các đặc điểm gợi ý tới các bệnh lý khác như ung thư di căn gan, bệnh tăng sinh bạch cầu và các bệnh u hạt khác, bao gồm cả bệnh sarcoid và nhiễm nấm.

Đặc điểm trên siêu âm là các tổn thương giảm âm được xác định rõ ràng có hoặc không có các đám vôi hóa. [9] hình ảnh này cũng không đặc hiệu.

Chụp cắt lớp ổ bụng ghi nhận các tổn thương giảm đậm độ không tăng quang đến tăng quang không đồng nhất, kèm hoại tử trung tâm trong các trường hợp áp xe lao. Các đặc điểm bất thường bao gồm giãn ống dẫn mật không đều và tăng quang bờ thành ống mật, có vôi hóa đi kèm.

Tác giả YU [14] mô tả hình ảnh cắt lớp ổ bụng, lao gan có ba loại chính:

- (1) Lao nhu mô gan,
- (2) Lao gan theo đường máu và
- (3) Lao gan do viêm lao đường mật .

Loại lao nhu mô gan là thường gặp nhất, gồm các dạng kê, nốt và hỗn hợp

✓ Lao gan dạng kê biểu hiện với nhiều tổn thương giảm âm rời rạc, không tăng quang, kích thước dưới 2 cm.

✓ Lao gan dạng nốt hiện diện các tổn thương có kích thước hơn 2 cm, kèm hoại tử bã đậu không tăng quang ở trung tâm và các vách tổn thương ngăn cách dày bên trong.

✓ Dạng hỗn hợp có đặc điểm chung với dạng kê phối hợp dạng nốt.

Lao gan theo đường máu đề cập đến tổn thương kê ở ngoại vi có biểu hiện tăng quang ngoại vi nhẹ và dày bao gan.

Viêm đường mật do lao biểu hiện với các ống dẫn mật giãn không đều khu trú hoặc lan

tỏa hoặc vôi hóa lan tỏa dọc theo đường mật.

Theo Schinina [8] hình ảnh cản quang của công hưởng lao biểu hiện giảm cường độ trên chuỗi xung T1 và tăng cường độ trên chuỗi xung T2, nhưng các hình ảnh chỉ định hướng và không đặc hiệu, vai trò chẩn đoán là sinh thiết.

Sinh thiết kim nhỏ hoặc phẫu thuật mở bụng có thể được yêu cầu để lấy mẫu bệnh phẩm chẩn đoán, đặc biệt nếu tổn thương nhỏ. Cần phải có bằng chứng mô bệnh học và / hoặc vi trùng học để chẩn đoán bệnh lao gan.

Mô bệnh học cho thấy u hạt đặc trưng gồm hoại tử bã đậu trung tâm được bao quanh bởi các tế bào biểu mô, đại bào Langhans và tế bào lympho.[1]

Phối hợp 4 thuốc kháng lao là phương thức điều trị chính. Trong những trường hợp khó, có thể phải phẫu thuật lấy trọn hay dẫn lưu, rất hiếm phải thực hiện vì thuốc kháng lao rất hiệu quả. [1]

Bệnh nhân báo cáo có tới 6 tháng đau hạ sườn phải, kèm uể oải, sốt ớn lạnh về chiều được chẩn đoán nhầm lẫn điều trị viêm gan. Tuy nhiên không giảm, có tiền sử tiểu đường là tình huống hay đi kèm bệnh lao, nhưng kiểm tra không có vấn đề hô hấp, không phát hiện hạch ngoại vi, chính vì thế gây trì hoãn chẩn đoán, ngay cả khi tới chúng tôi với bệnh cảnh này kết hợp cận lâm sàng siêu âm và chụp cắt lớp cũng chỉ nghĩ tới áp xe gan do ký sinh trùng. Mặc khác các xét sinh hóa tìm ký sinh trùng âm tính và kết quả giải phẫu bệnh có nhuộm hóa mô miễn dịch dương tính với Mycobacterium tuberculosis là chẩn đoán chính xác.

Kết quả điều trị lao tốt đẹp càng khẳng

định việc chẩn đoán.

Trường hợp này, chúng tôi không phát hiện thấy ổ lao nào khác như ở phổi, đường tiêu hóa hoặc hạch bạch huyết và bệnh cảnh liên quan chỉ giới hạn ở gan, đây là trường hợp lao gan nguyên phát như tác giả Bristowe báo cáo.

V. KẾT LUẬN

Lao gan là bệnh hiếm gặp, lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu, chẩn đoán dựa trên giải phẫu bệnh, điều trị đáp ứng thuốc kháng lao tốt khi chẩn đoán đúng. Lao gan là tình huống cần lưu ý trong chẩn đoán phân biệt trong các nguyên nhân áp xe gan, nhất là ở vùng có lưu hoành độ lao cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục quản lý khám chữa bệnh, Bộ y tế, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng lao 2020. <https://kcb.vn/vanban/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-du-phong-benh-lao>
2. Devayani Niyogi, et al. Primary hepatic tuberculosis Ann Hepatobiliary Pancreat Surg Vol. 23, No. 1, February 2019
3. Hersch C. Tuberculosis of the liver. A study of 200 cases. S Afr Med J 1964;38:857–63.
4. Imani Fooladi AA, Hosseini MJ, Azizi T. Splenic tuberculosis: a case report. Int J Infect Dis 2009;13:e273–5.
5. Kok KY, Yapp SK. Isolated hepatic tuberculosis: report of five cases and review of the literature. Int J Clin Exp Med 1999; 6: 195–8. [PubMed]
6. Kumar V, Pandey D. Isolated hepatosplenic tuberculosis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2008;7:328–30.
7. Reed DH, Nash AF, Valabhji P. Radiological diagnosis and management of a solitary tuberculous hepatic abscess. Br J Radiol 1990;63:902–4. 10.1259/0007-1285-63-755-902 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Schinina. V.; Albarello F, Cristofaro M et al. Diagnostic imaging of hepatic tuberculosis: case series. INT J TUBERC LUNG DIS 22(7):779–787 Q 2018. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.17.0710>
9. Silverberg LF, Johnston C, Haber K. Tuberculous involvement of a polymicrobial liver abscess. West J Med 1984;141:682–4
10. Singh S, Jain P, Aggarwal G, Dhiman P, Singh S, Sen R. Primary hepatic tuberculosis: A rare but fatal clinical entity if undiagnosed. Asian Pac J Trop Med. 2012;6:498e499
11. Terry RB, Gunnar RM. Primary miliary tuberculosis of the liver. JAMA 1957;164:150–7.
12. WHO | Global tuberculosis report 2019 https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
13. Wu Z, Wang WL, Zhu Y, et al. Diagnosis and treatment of hepatic tuberculosis: report of five cases and review of literature. Int J Clin Exp Med 2013;6:845–50
14. Yu RS, Zhang SZ, Wu JJ, et al. Imaging diagnosis of 12 patients with hepatic tuberculosis. World J Gastroenterol 2004;10:1639–42.

BỆNH KIKUCHI-FUJIMOTO: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Trần Đình Thanh¹, Đỗ Tường Huân²,
Bùi Thị Hồng Khang², Nguyễn Sơn Lam³

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh Kikuchi-Fujimoto (KFD) là bệnh viêm hạch hoại tử mô bào hiếm gặp. Đây là bệnh lành tính nhưng cần phân biệt trong nguyên nhân hạch to.

Trình bày trường hợp: bệnh nhân nam 45 tuổi, có một khối u cổ kéo dài khoảng 1 tháng, sốt nhẹ và sụt cân. Tiền căn lao màng phổi. Khám lâm sàng nghi lao hạch chưa loại trừ lymphoma. Phẫu thuật sinh thiết trọn hạch giải phẫu bệnh chẩn đoán KFD.

Bàn luận: KFD được báo cáo lần đầu tiên ở Nhật Bản năm 1972, hầu hết các trường hợp đã được báo cáo ở châu Á. Nguyên nhân của KFD chưa rõ ràng là một bệnh lành tính, tự khỏi, phân biệt với các nguyên nhân khác của bệnh lý hạch bao gồm lymphoma, rối loạn phản ứng viêm, tình trạng tự miễn dịch và các nguyên nhân nhiễm trùng của bệnh hạch to.

Kết luận: Bệnh Kikuchi-Fujimoto (KFD) là bệnh lành tính tự khỏi thường gặp ở người châu Á là chẩn đoán phân biệt trong bệnh lý hạch to.

Từ khóa: viêm hạch hoại tử mô bào, Kikuchi-Fujimoto, KFD.

Kikuchi-Fujimoto Disease:

¹Bv.Hoàn Mỹ Sài Gòn.

²Bv.VinMec

³Bv.Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Thanh

Email: trandinhthanh55@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

SUMMARY

A RARE CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Introduction: Kikuchi-Fujimoto Disease (KFD) is a rare histiocytic necrotizing lymphadenitis. This is a benign disease but should be considered as one of causes of lymphadenopathy.

Case presentation: 45-year-old male patient presented with a neck tumor, which had lasted for a month, low-grade fever and weight loss. This patient has history of pleural tuberculosis. After clinical examination, primary diagnosis is TB with a different diagnosis of lymphoma. He underwent excisional biopsy and histology confirmed KFD.

Discussion: KFD was first reported in Japan in 1972, most cases have been reported in Asia. Although the cause of KFD is not yet clear, this is a benign and spontaneous disease, which should be differentiated from other causes of lymphadenopathy, including lymphoma, inflammatory response disorder, autoimmune status, and infectious etiology lymphadenopathy.

Conclusion: Kikuchi-Fujimoto disease (KFD) is a benign autoimmune disease, commonly occurs in Asians and should be considered as one of causes of lymphadenopathy.

Key: histiocytic necrotizing lymphadenitis, Kikuchi-Fujimoto, KFD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Kikuchi-Fujimoto (KFD), còn được gọi là viêm hạch hoại tử mô bào, là một bệnh ít gặp, với các triệu chứng không đặc hiệu là sốt tái diễn kéo dài và hạch to, giống như

bệnh cảnh của hạch phì đại trong nhiều nguyên nhân khác nhau. Bệnh được Kikuchi lần đầu tiên mô tả vào năm 1972 tại Nhật Bản, trong cùng năm này, Fujimoto và cộng sự nghiên cứu độc lập với Kikuchi cũng trình bày căn bệnh tại nơi khác và từ đó tên của hai tác giả ghép lại thành tên của bệnh viêm hạch hoại tử mô bào này (bệnh Kikuchi-Fujimoto). [6,10]

Bệnh chủ yếu xảy ra ở Đông Á, là một bệnh của người trẻ tuổi (20-35 tuổi), nữ chiếm ưu thế. Gần đây có nhiều báo cáo ở Mỹ và Châu Âu, nhưng hầu hết các trường hợp là người gốc châu Á và một số xảy ra ở trẻ em [5,12]. Theo y văn hiện trên thế giới có khoảng 400 trường hợp được báo cáo.

Tại Việt Nam năm 2002 Nguyễn Vượng và Đặng Thế Căn báo cáo một trường hợp nữ 37 tuổi [1] và gần đây ghi nhận thêm 2 trường hợp trong báo cáo chuyên môn: một trường hợp ở tỉnh Bình Phước (2015) và một trường hợp ở Bv. Hoàn Mỹ Cửu Long (2017).

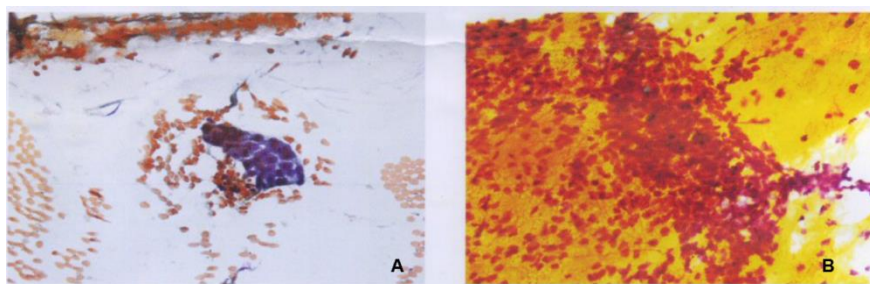
Chẩn đoán xác định bệnh Kikuchi-

Fujimoto dựa vào mô bệnh học của các hạch. Với phương pháp điều trị và phẫu thuật thích hợp (nếu cần), bệnh nhân hoàn toàn có thể khỏi bệnh. Thông thường, KFD là một tình trạng lành tính và tự khỏi, hạch thường hết sau vài tuần đến 6 tháng.

Tỷ lệ tái phát là khoảng 3-4 % [3] Tỷ lệ tử vong là cực kỳ hiếm.

2. Trình bày trường hợp:

Bệnh nhân nam 45 tuổi, có cảm giác 1 khối u cổ trái kéo dài hơn 1 tháng, kèm theo sốt nhẹ về chiều, đổ mồ hôi nhiều và sụt 3 kg. 04/12/2019 tới bệnh viện, khám phát hiện hạch cổ trái khoảng 1cm nằm ở sâu trên thượng đòn trái, siêu âm ghi nhận có vài hạch cổ nhóm III và nhóm Va, echo kém còn rón hạch. Sang thương thủy trái tuyến giáp kích thước 17x6 mm theo dõi viêm giáp chẩn đoán phân biệt nhân giáp TIRASD 4. Bệnh nhân được FNA hạch cổ và tuyến giáp. Kết quả FNA (hình 1) phù hợp hạch viêm. Nhân giáp: ít tế bào nhân không điển hình chưa loại trừ ác tính.



Hình 1: vi thể tế bào học

(A) FNA: Nhân giáp trái: phát hiện diện tế bào biểu mô tuyến giáp lành tính trên nền dịch và chất keo giáp lẫn với vài bọt bào và bạch cầu đa nhân trung tính. Tuy nhiên có 1 cụm tế bào có nhân không điển hình (nhân to sáng, có rãnh) nằm rời rạc. Kết luận: Ít tế bào nhân không điển hình, ý nghĩa không xác định. không loại trừ ác tính nhóm V theo Bethesda

(B) FNA hạch cổ trái phát hiện diện nhiều tế bào lympho lành tính, không có tế bào ác tính trên mẫu thử này. Kết luận: phù hợp hạch viêm

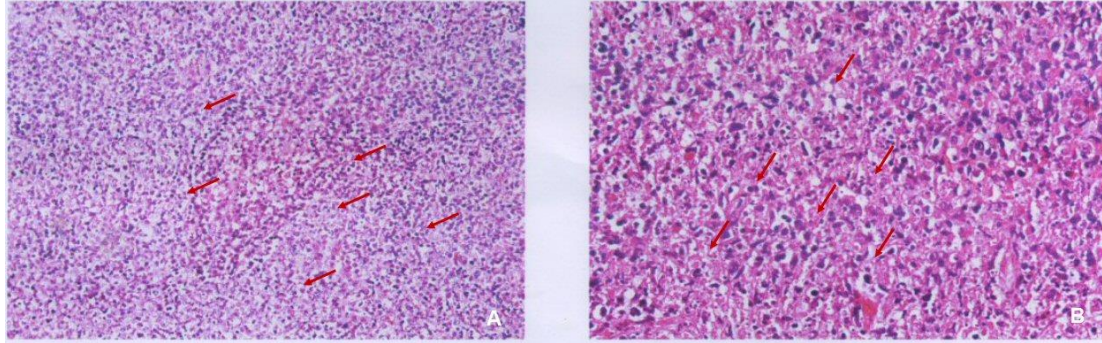
Tiền căn lao màng phổi điều trị 2013 ổn định.

Với lâm sàng sốt kéo dài, sụt cân, hạch cổ nghi ngờ hạch chưa loại trừ lymphoma. Bệnh nhân được hội chẩn với chúng tôi nghi ngờ

hạch (là bệnh cũ lao màng phổi chúng tôi đã điều trị 2013). Nhưng dữ liệu chưa đủ chẩn đoán lao vì Xquang không tổn thương nghi

ngờ không ho đàm. Hội chẩn quyết định: phẫu thuật sinh thiết trọn hạch làm giải phẫu bệnh chẩn đoán.

Kết quả giải phẫu bệnh là KFD.(hình 2)



Hình 2: Vi thể hạch sinh thiết: Cấu trúc hạch bị xóa thay bằng sự tăng sản của tế bào lympho phản ứng với hạt nhân rõ và hiện tượng vỡ nhân, tích tụ các giọt ái toan, lắng đọng fibrin trong vùng hoại tử.

A: Hình ảnh lymphô bào có hạt nhân rõ và vỡ nhân

B:Hình ảnh lắng đọng giọt ái toan và fibrin

Sau phẫu thuật lấy trọn hạch, bệnh nhân chỉ dùng thuốc kháng sinh thường (uống), thuốc giảm đau sau 5 ngày bệnh ổn, không sốt và không điều trị gì thêm, tiếp tục theo dõi đến nay. Bệnh nhân tăng cân lại(8 kg), siêu âm ngày 24/08/2020 không ghi nhận hạch. Nhân giáp 2 thùy TIRADS 3.

FNA: phù hợp viêm giáp Hashimoto, không có tế bào ác tính trên mẫu thử.

III. BÀN LUẬN VÀ HỒI CỨU Y VẤN:

Bệnh Kikuchi-Fujimoto (KFD), còn được gọi là viêm hạch hoại tử mô bào, là một bệnh ít gặp, với các triệu chứng không đặc hiệu: sốt tái diễn kéo dài và hạch to, giống như bệnh cảnh của hạch phì đại trong nhiều bệnh khác nhau. Bệnh được Kikuchi lần đầu tiên mô tả vào năm 1972 tại Nhật Bản, trong cùng năm này, Fujimoto và cộng sự nghiên

cứu độc lập với Kikuchi cũng trình bày căn bệnh tại nơi khác và từ đó tên của hai tác giả ghép lại thành tên của bệnh viêm hạch hoại tử mô bào này (bệnh Kikuchi-Fujimoto). [6,10]

Bệnh chủ yếu xảy ra ở người Đông Á, trẻ tuổi (20-35 tuổi), nữ chiếm ưu thế. Gần đây có nhiều báo cáo ở Mỹ và Châu Âu, nhưng hầu hết các trường hợp là người gốc châu Á và một số xảy ra ở trẻ em[5,12].

Năm 2003, Lin và cs[13] ghi nhận trong 15 năm(1986 - 2000) tại Đài Loan có 61 bệnh nhân mắc KFD. Năm 2007, Kucukardali và cs ghi nhận trên toàn thế giới trong thời gian 15 năm có 330 trường hợp mắc KFD (gồm cả người lớn và trẻ em). Trong đó, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở các nước châu Á và chỉ có 22 trường hợp(7%) được chẩn đoán ở Hoa Kỳ.[11]

Năm 2013, tại Dallas ghi nhận trong 15 năm (1995-2009), chỉ có 9 bệnh nhân được chẩn đoán mắc KFD.[12] Năm 2014, tại Connecticut ghi nhận 4 trường hợp từ năm

1996 - 2012. Theo bài báo này năm 2014, Hoa kỳ có 10 trường hợp KFD.[5] Như vậy theo y văn hiện nay trên thế giới có khoảng 400 trường hợp đã được báo cáo.

Tại Việt Nam, như trên chúng tôi đã trình bày có lẽ đây là trường hợp thứ 4 và là trường hợp thứ 2 được báo cáo trên y văn.

3.1 Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh Kikuchi-Fujimoto thường biểu hiện triệu chứng: sốt và nổi hạch, khi sờ hạch có thể đau hoặc không có, thường gặp nhất là hạch cổ.[15;18] với tình trạng viêm hạch khu trú, hạch nhỏ dưới 3cm.[3], nhưng cũng có báo cáo ghi nhận hạch lớn hơn từ 5- 6 cm. [11] Ngoài ra, bệnh cũng phát hiện ở hạch nách và hạch thượng đòn.[14;16] Tình trạng sốt, có thể dao động từ 1-7 tuần với nhiệt độ từ 38,6 °C - 40,5 °C.[12]

Ngoài ra có thể có một số biểu hiện khác: ớn lạnh, sụt cân, nhức đầu, mệt mỏi / khó chịu, nôn mửa, đổ mồ hôi đêm, đau khớp, lách to và phát ban. Có khoảng 30% bệnh nhân KFD có biểu hiện ngoài da như mụn trứng cá lan tràn, ban đỏ mặt, sẩn, mẩn, ban xuất huyết hoặc nốt sần, khi đó có thể là dấu hiệu của biểu hiện lâm sàng diễn tiến nặng.[3]

3.2 Nguyên nhân và chẩn đoán phân biệt:

Nguyên nhân sinh bệnh chính xác của KFD hiện vẫn chưa rõ, nhưng có 2 giả thuyết đã được đề xuất. Người ta cho rằng KFD có thể quá trình phản ứng với nhiễm virus, hoặc có thể là biểu hiện của một bệnh tự miễn.[3,5,15] nhưng cần biết là KFD là một đặc điểm lâm sàng, có biểu hiện giống các bệnh lý khác như lymphoma, nguyên nhân nhiễm trùng và các bệnh tự miễn, đặc biệt là bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

Tình trạng nhiễm vi trùng như *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus*

Beta-Hemolytic (*S. pyogenes*) cũng có thể gây viêm hạch hóa mủ. Bệnh mèo cào, do *Bartonella henselae*, cũng gây viêm hạch.

Viêm hạch cũng có thể do vi rút gây ra như EBV, cytomegalovirus (CMV), virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), rubella, rhovovirus và adenovirus.

Các nguyên nhân nhiễm trùng khác của viêm hạch là nhiễm vi trùng lao điển hình và không điển hình, nhiễm toxoplasma và nhiễm nấm. Trong tình huống nghi nhiễm trùng các xét nghiệm huyết thanh học là cần thiết giúp chẩn đoán phân biệt. Nếu nghi ngờ bệnh lao, chẩn đoán thường được thực hiện với sinh thiết hay nạo hạch.[5] Như trong tình huống chúng tôi báo cáo việc sinh thiết hạch đã giúp chẩn đoán xác định.

Các rối loạn bẩm sinh như dị tật khe nang, u nang tuyến giáp và u dạng bì, cũng có thể là các chẩn đoán phân biệt.

Các bệnh rối loạn tự miễn dịch có thể biểu hiện hạch to tương tự như: bệnh Kawasaki, sarcoidosis, bệnh Rosai Dorfman và SLE.

Cuối cùng, các bệnh lý ác tính cũng phải để ý đến, chẳng hạn như bệnh ung thư di căn hạch cổ từ ổ nguyên phát đường tiêu hóa trên hoặc lymphoma.

3.3 Chẩn đoán xác định:

Không có xét nghiệm máu cụ thể cho chẩn đoán KFD. Các nghiên cứu cho thấy rất nhiều kết quả, như: tăng tiết LDH, giảm bạch cầu hoặc tăng bạch cầu, thiếu máu, tăng tốc độ lắng hồng cầu, tăng phản ứng viêm CRP và tăng transaminase.[3,12] Theo y văn giảm bạch cầu có thể từ 25% -58% và tăng bạch cầu biểu hiện khoảng 2% -5% bệnh nhân KFD.[3]

Siêu âm và / hoặc CT giúp xác định kích thước hạch và có hóa mủ hay không. Chẩn đoán xác định vẫn là sinh thiết trọn hạch.

Về mặt mô học, KFD đặc trưng bởi cấu trúc hạch bị phá hủy hay còn một phần với các vùng hoại tử dạng fibrin, bao quanh bởi các mô bào (với nhân lưỡi liềm), tế bào lympho T hoạt hóa và bạch cầu đơn nhân dạng tế bào plasma. Các mô bào lưỡi liềm thường được tìm thấy trong các ổ hoại tử với các mảnh vụn gây vỡ nhân. Đặc trưng, có ít bạch cầu trung tính và bạch cầu ái toan.[3,5,8,15,17]

Như bệnh nhân chúng tôi báo cáo, các triệu chứng kéo dài trên 1 tháng, ban đầu sốt ớn lạnh hạch to, sụt 3 kg cùng với tiền căn lao màng phổi, nên các đồng nghiệp đã liên tưởng tới lao hạch. Tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh của hạch sinh thiết đã khẳng định KFD.

Còn tình huống chúng tôi đang theo dõi ở bệnh nhân này là viêm tuyến giáp Hashimoto, có thể là tình huống bệnh tự miễn kết hợp chằng.

3.4 Điều trị: Như trên đã đề cập, KFD được cho là một bệnh tự khỏi, lành tính thường tự hồi phục trong vòng 6 tháng. Ước tính khoảng 3% đến 4% bệnh nhân có thể bị tái phát.[3]

Điều trị nhằm mục đích kiểm soát triệu chứng và thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) được khuyến cáo cho bệnh nhân có đau hạch hoặc sốt. Trong một số tình huống nghiêm trọng, theo một số tác giả corticoids có thể dùng, nhưng không có sự đồng thuận về liều dùng hoặc thời gian.[4,9]

Đã có những nghiên cứu KFD với các bệnh tự miễn khác như SLE nhưng chỉ là ghi nhận ban đầu. Trong những trường hợp KFD nặng người ta đã ghi nhận có tình trạng đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) và gây tử vong. Tuy nhiên, mối liên quan giữa DIC và KFD vẫn chưa được hiểu rõ và ít ai biết KFD đóng

vai trò như thế nào trong sự phát triển của DIC.[2]

Ngoài DIC là nguyên nhân tử vong, còn có các nguyên nhân tử vong khác được báo cáo ở những bệnh nhân mắc KFD, bao gồm hội chứng tan huyết và nhiễm trùng nặng, xuất huyết phổi, và suy tim cấp tính, nhìn chung các nguyên nhân gây tử vong còn đang ghi nhận.

V. KẾT LUẬN

Bệnh Kikuchi-Fujimoto là một căn bệnh hiếm gặp, thường ở người Châu Á mà điển hình là bệnh lành tính của hạch và sốt kéo dài có thể có thêm một số triệu chứng khác và các triệu chứng thường tự biến mất.

KFD nên được xem là chẩn đoán phân biệt của bệnh nhân có hạch to kéo dài. Nguyên nhân gây KFD chưa rõ ràng có thể là do siêu vi hoặc liên quan đến bệnh tự miễn.

Điều trị triệu chứng là chủ yếu, nhưng nếu nghiêm trọng, có thể cân nhắc dùng corticosteroid. Mặc dù các triệu chứng thường hết trong vòng 6 tháng.

Tiên lượng thường tự khỏi bệnh, trong một số trường hợp có thể bất thường trở nặng và gây tử vong. Có một tỉ lệ nhỏ (3-4%) bệnh tái phát sau đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vượng, Đặng Thế Căn,** Một trường hợp bệnh Kikuchi-Fujimoto nguy trọng một u lympho ác tính không Hodgkin- tạp chí Y học Việt Nam, 2002, số 10+11; p 3-5
2. **Barbat B, Jhaj R, Khurram D.** Fatality in Kikuchi-Fujimoto disease: a rare phenomenon. World J Clin Cases. 2017;5:35–39.
3. **Deaver D, Naghashpour M, Sokol L.** Kikuchi-Fujimoto disease in the United States: three case reports and review of the

- literature. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014;6:e2014001.
4. **Dumas G, Prendki V, Amoura Z, et al.** Kikuchi-Fujimoto disease: retrospective study of 91 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2014;93: 372–382.
 5. **Feder HM, Liu J, Rezuze WN.** Kikuchi disease in Connecticut. *J Pediatr*. 2014;164:196–200.
 6. **Fujimoto Y, Kozima T, Yamaguchi K.** Cervical subacute necrotizing lymphadenitis: a new clinicopathological entity. *Naika*. 1972;20:920–927.
 7. **Goldblatt F, Andrews J, Isenberg D.** Association of Kikuchi-Fujimoto's disease with SLE. *Rheumatology*. 2008;47:553–554.
 8. **Hutchinson C, Wang E.** Kikuchi-Fujimoto disease. *Arch Pathol Lab Med*. 2010;134:289–293.
 9. **Jang YJ, Park KH, Seok HJ.** Management of Kikuchi's disease using glucocorticoid. *J Laryngol Otol*. 2000;114:709–711.
 10. **Kikuchi M.** Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytosis: a clinicopathological study. *Acta Hematol Jpn*. 1972;35:379–380.
 11. **Kuculardali Y, Solmazgul E, Kunter E, Oncul O, Yildirim S, Kaplan M.** Kikuchi-Fujimoto disease: analysis of 244 cases. *Clin Rheumatol*. 2007;26:50–54.
 12. **Lee BC, Patel R.** Kikuchi-Fujimoto disease: a 15-year analysis at a children's hospital in the United States. *Clin Pediatr*. 2013;52(1):92–95.
 13. **Lin HC, Su CY, Huang CC, Hwang CF, Chien CY.** Kikuchi's disease: a review and analysis of 61 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;128:650–653.
 14. **Lin HC, Su CY, Huang SC.** Kikuchi's disease in Asian children. *Pediatrics*. 2005;115:e92–e96.
 15. **Melikoglu MA, Melikoglu M.** The clinical importance of lymphadenopathy in systemic lupus erythematosus. *Acta Reumatol Port*. 2008;33:402–406.
 16. **Park HS, Sung MJ, Park SE, Lim YT.** Kikuchi-Fujimoto disease of 16 children in a single center of Korea. *Pediatr Allergy Immunol*. 2007;18:174–178.
 17. **Qadri F, Atkin GK, Thomas D, Das SK.** Kikuchi's disease: an important cause of cervical lymphadenopathy. *Clin Med*. 2007;7:82–84.
 18. **Yilmaz M, Camei C, Sari I, Okan Sevine A, Onat AM, Buyukhatipoglu H.** Histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi-Fujimoto's Disease) mimicking systemic lupus erythematosus: a review of two cases. *Lupus*. 2006;15:384–387.

MỐI LIÊN HỆ GIỮA ALLEN HLA-B*58:01 VÀ PHẢN ỨNG CÓ HẠI TRÊN DA NGHIÊM TRỌNG GÂY RA BỞI ALLOPURINOL TRONG ĐIỀU TRỊ

Mai Hoàng Thúy Vân*, Phạm Hồng Thắm**,
 Dương Ngọc Công Khanh, Nguyễn Đức Trí**, Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Allopurinol - chất ức chế xanthin oxidase, là thuốc đầu tay dùng để điều trị tăng axit uric máu và viêm khớp do gout. Bên cạnh đó allopurinol cũng là loại thuốc thường gặp nhất liên quan đến các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng. Bài tổng quan này nhằm đánh giá mối tương quan giữa alen HLA-B*58:01 và bằng chứng với SCARs gây ra bởi allopurinol.

Phương pháp nghiên cứu: Nguồn tài liệu của bài tổng quan được tìm kiếm có hệ thống từ các cơ sở dữ liệu PubMed, thư viện Cochrane, Google Scholar. Các thuật ngữ tìm kiếm hoặc các từ viết tắt bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt được cập nhật từ 2005 đến 2020. Tiêu đề y học (MeSH) đã được sử dụng khi tìm kiếm cơ sở dữ liệu.

Kết quả: Có 4890 người trong nhóm dung nạp và 398 người bị SCARs từ 10 nghiên cứu được tìm thấy. Dân số bao gồm các sắc tộc Hán, Thái Lan, Nhật Bản, Hàn Quốc, Việt Nam, Bồ Đào Nha, Ý, Nam Mỹ, Châu Phi. Tuổi trung bình được báo cáo là 62,5 tuổi (từ 15 – 96 tuổi) ở nhóm bệnh và 56,9 tuổi (từ 16-97 tuổi) ở nhóm dung nạp allopurinol. Thời gian xuất hiện SCARs từ khi sử dụng allopurinol ở nhóm bệnh trung bình là 29,1 ngày và nhóm chứng là 26,5

tháng. Tỷ lệ mang alen HLA-B*58:01 ở nhóm bệnh (42,85%-100%) cao hơn đáng kể so với nhóm dung nạp (4-18%) và nhóm chứng (0,6-20%).

Bàn luận: Sàng lọc alen HLA-B*58:01 tại Việt Nam trước khi cho bệnh nhân sử dụng allopurinol nên được cân nhắc để giảm thiểu nguy cơ mắc các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng.

Từ khóa: HLA-B*58:01, allopurinol, gout, phản ứng có hại trên da nghiêm trọng.

SUMMARY

ASSOCIATION OF HLA-B*58:01 ALLELE AND ALLOPURINOL-INDUCED SERIOUS CUTANEOUS ADVERSE REACTIONS: A SYSTEMATIC REVIEW

Background: Allopurinol-a xanthine oxidase inhibitor, is a first-line options for treatment and prevention hyperuricemia associated with gouty arthritis. Furthermore, allopurinol is also the most common drug that is associated with severe cutaneous adverse reactions. Currently, there are a number of studies in the world and Vietnam indicating the relationship between HLA-B*58:01 allele and evidence with SJS, TEN and DRESS caused by allopurinol.

Methods: Systematic search of the literature in PubMed, The Cochrane Library, Google Scholar, used keywords in Vietnamese or English, updated from 2005 to 2020. Medical Subject Heading (MeSH) was used when searching a database.

*Đại học Y Dược TP HCM

**Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Thắm
 Email: hongthamndgd@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Result: There were 4890 people in the tolerated group and 398 people with SCARs from 10 studies were found. The population includes ethnic Han, Thai, Japanese, Korean, Vietnamese, Portuguese, Italian, South American, and African. The mean age was reported to be 62.5 years (from 15 to 96 years) in the patient group and 56.9 years (from 16-97 years) in the allopurinol tolerant group. The time to appear SCARs from the use of allopurinol in the patient group averaged 29.1 days and the control group was 26.5 months. The rate of allele HLA-B*58:01 in the patient group (42.85% - 100%) was significantly higher than the tolerant group (0-15%) and the control group (0.6-20%).

Discussion: Screening method for detecting the HLA-B*58:01 allele in Vietnam before describing allopurinol should be considered to minimize the risk of severe cutaneous adverse reactions to warn before treatment.

Keywords: HLA-B*58:01, allopurinol, gout, severe cutaneous adverse reactions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Allopurinol là chất ức chế xanthin oxidase dùng để điều trị hạ axit uric máu và viêm khớp do gout, đồng thời cũng là loại thuốc thường gặp nhất liên quan đến các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng (Serious cutaneous adverse reactions - SCARs) [11]. Bên cạnh đó, Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ 2020 khuyến cáo allopurinol là thuốc duy nhất được lựa chọn đầu tay trong điều trị gout cho tất cả các bệnh nhân bao gồm các bệnh nhân mắc bệnh từ giai đoạn 3 trở lên có bệnh thận mạn tính [16]. SCARs bao gồm hội chứng Stevens-Johnson (SJS), hoại tử biểu bì nhiễm độc (Toxic Epidermal Necrolysis - TEN), hội chứng phát ban do thuốc với tăng bạch cầu ái toan (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms - DRESS), ngoại ban mụn mủ

toàn thân cấp tính (Acute generalized exanthematous pustulosis - AGEP) [6]. Trong đó SJS/ TEN ảnh hưởng đến khoảng 0,4 – 6 người/ một triệu dân mỗi năm. Mặc dù tỉ lệ này thấp nhưng tỉ lệ tử vong khi mắc phải hội chứng này là khoảng 1-5% với SJS, 30% với TEN [14], và 10% với DRESS [4]. Các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng làm gia tăng gánh nặng cho hệ thống y tế, bao gồm cả chi phí điều trị trực tiếp như ghép gan trong các trường hợp nặng của DRESS, chi phí gián tiếp do tử vong và các di chứng vĩnh viễn như các bệnh tự miễn sau DRESS hoặc các di chứng trên mắt và trên bộ phận sinh dục từ TEN [5, 6]. Hiện nay trên thế giới và tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa alen HLA-B*58:01 và bằng chứng với SJS, TEN và DRESS gây ra bởi allopurinol. Các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng do allopurinol gây ra ngày càng gia tăng và 70% phản ứng có hại của thuốc (ADRs) là phòng tránh được. Do đó để ngăn ngừa và dự phòng ADRs, việc xác định kiểu gen HLA-B*58:01 có thể là một bước quan trọng trước khi cho bệnh nhân sử dụng allopurinol.

Nguồn dữ liệu phân tích

Các nghiên cứu về mối liên quan giữa SCARs và allopurinol từ trên các cơ sở dữ liệu như PubMed, thư viện Cochrane, Google Scholar với các thuật ngữ tìm kiếm “HLA-B” OR “Human leukocyte antigen” AND “Allopurinol” AND “Severe Cutaneous Adverse Reactions” OR “Stevens Johnson Syndrome” OR “Toxic Epidermal Necrolysis” OR “Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms” hoặc các từ viết tắt bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt được cập nhật từ 2005 đến 2020. Tiêu đề y học (MeSH) đã được sử dụng khi tìm kiếm cơ sở dữ liệu. Các nghiên cứu phải đáp ứng

được các tiêu chí sau: (1) Đánh giá được sự liên quan giữa HLA-B*58:01 và allopurinol gây ra SJS/ TEN; (2) Các nghiên cứu được xác định theo diện tích bề mặt cơ thể bị ảnh hưởng như SJS (<10%), hội chứng chồng chéo SJS/ TEN (10-30%) và TEN (>30%); (3) Chỉ bao gồm các nghiên cứu trên người.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số

Có trên 5288 người (bao gồm cả người mắc SCARs, 398 bệnh nhân) được tổng kết từ 10 nghiên cứu. Các nghiên cứu được thực hiện trên dân tộc Hán, Trung Quốc, Nhật

Bản, Thái Lan, Hàn Quốc, Việt Nam, Ý, Bồ Đào Nha. Độ tuổi được báo cáo ở nhóm bệnh nằm trong khoảng 18 – 91, nhóm dung nạp allopurinol là 20 – 87. Các tác giả Tohkin M, Cristallo AF, Đỗ Thị Quỳnh Nga đã không báo cáo về độ tuổi ở nhóm dung nạp với allopurinol. Hầu hết bệnh nhân là nam, % nam ở nhóm bệnh từ 42,86 – 80%, ở nhóm dung nạp allopurinol là 64,9 – 100%. Các tác giả Tohkin M, Cristallo AF, Đỗ Thị Quỳnh Nga, T.Bardin đã không báo cáo về giới tính ở nhóm dung nạp allopurinol. Chi tiết về độ tuổi và giới tính được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm sắc tộc, tuổi, giới tính của các đối tượng trong các nghiên cứu.

Năm và tác giả	Sắc tộc	Tuổi trung bình		% Nam	
		Nhóm bệnh	Nhóm dung nạp allopurinol	Nhóm bệnh	Nhóm dung nạp allopurinol
2005 Hung SI [8].	Hán	66,0 (18-91)	56,0 (21-84)	47,1%	92,6%
2011 Kang, H. R [9].	Hàn Quốc	58,0 (35-80)	51,0 (20-76)	56,0%	64,9%
2011 Tohkin, M [12].	Nhật Bản	72,3 (62,3-82,3)	Không báo cáo	67,0%	Không báo cáo
2011 Cristallo AF [15].	Ý	64,0 (54,3-73,7)	Không báo cáo	42,86%	Không báo cáo
2013 Gonçalo M [7].	Bồ Đào Nha	67,4 (29-93)	62,0 (22-87)	44,0%	69,6%
2015 Đỗ Thị Quỳnh Nga [2].	Việt Nam	20 - 60	Không báo cáo	50,0%	Không báo cáo
2016 Ng CY [18].	Trung Quốc	65,0 (18-88)	59,0 (16-87)	55,0%	92,0%
2017 Saksit N [10].	Thái Lan	65,0 (53 - 77)	64,0 (52-76)	47,67%	78.57%
2018 T.Bardin [3].	Việt Nam	55,0	46,0	80%	Không báo cáo
2019 Đỗ Duy Anh [1].	Việt Nam	49,0 (19-76)	46,3 (22-74)	71,4%	100,0%

Thời gian tiếp xúc với allopurinol ở nhóm bệnh trung bình là 29,1 ngày (2 – 159 ngày) thì ghi nhận xuất hiện các tác dụng phụ từ nhẹ đến nghiêm trọng trên da và ở nhóm dung nạp allopurinol trung bình là 26,5 tháng (2,2 – 600 tháng). Một số nghiên cứu đã không báo cáo về thời gian sử dụng allopurinol trên nhóm bệnh. Liều allopurinol ở nhóm bệnh trung bình là 215,8 mg (100 – 600 mg) và liều allopurinol trung bình ở nhóm dung nạp là 210,6 mg (49,9 – 900 mg).

Kết quả của các nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa alen HLA-B*58:01 và SCARs gây ra bởi allopurinol, tỷ lệ mang alen này ở nhóm bệnh cao hơn đáng kể so với nhóm dung nạp và nhóm chứng. Ở nhóm bệnh người Việt

Nam, Hán, Trung Quốc, Thái Lan, Hàn Quốc tỷ lệ này là 83,6 – 100%, trong khi đó tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm bệnh người Nhật Bản, Ý, Bồ Đào Nha 42,85 – 64%. Tỷ lệ mang alen HLA-B*58:01 ở nhóm dung nạp allopurinol là khoảng 4 – 18%, các tác giả Tohkin M; Cristallo AF; Đỗ Thị Quỳnh Nga đã không báo cáo về tỷ lệ mang alen này ở nhóm dung nạp. Tỷ lệ này ở nhóm chứng là khoảng 0,6 – 20%. Các tác giả Ng CY, Saksit N, T.Bardin, Đỗ Duy Anh đã không báo cáo về tỷ lệ mang alen HLA-B*58:01 ở nhóm chứng. Các SCARs thường gặp là SJS, TEN, SJS/TEN, DRESS, bên cạnh đó còn một số kiểu hình dị ứng khác cũng xuất hiện trên bệnh nhân mang alen HLA-B*58:01 đã sử dụng allopurinol như HSS, EEM, MPE.

Bảng 2. Tỷ lệ mang alen HLA-B*58:01 và mối liên hệ với phản ứng có hại trên da nghiêm trọng, kiểu hình dị ứng thường gặp trong các nghiên cứu.

Năm và tác giả	Dương tính HLA-B*5801/ tổng (%)			Kiểu hình dị ứng
	Nhóm bệnh ¹	Nhóm dung nạp allopurinol ²	Nhóm chứng ³	
2005 Hung SI [8].	51/51 (100%)	20/135 (15%)	19/ 93 (20%)	SJS, TEN, SJS/ TEN
2011 Kang, H. R [9].	24/26 (92,3%)	6/57 (10,5%)	59/485 (12,2%)	SJS, TEN, SJS/ TEN
2011 Tohkin, M [12].	10/18 (55,6%)	Không báo cáo	0,60%	SJS, TEN
2011 Cristallo AF [15].	3/7 (42,85%)	Không báo cáo	6/115 (5,22%)	SJS, TEN
2013 Gonçalo M [7].	16/25 (64%)	1/23 (4%)	63/3200 (1,97%)	SJS/ TEN, DRESS
2015 Đỗ Thị Quỳnh Nga, [2].	21/22 (95,4%)	Không báo cáo	14/75 (18,6%)	SJS/ TEN, HSS/ DRESS, Hồng ban đa dạng.
2016 Ng CY [18].	122/146 (83,6%)	51/285 (18%)	Không báo cáo	SJS, DRESS, SJS/ TEN, MPE, DRESS/ SJS/

				TEN
2017 Saksit N [10].	83/86 (96,5%)	21/182 (11,5%)	Không báo cáo	SJS, TEN, SJS/ TEN, DRESS
2018 T.Bardin [3].	10/10 (100%)	6/112 (5,3%)	Không báo cáo	SCARs
2019 Đỗ Duy Anh [1].	7/7 (100%)	9/128 (7,0%)	Không báo cáo	SJS, SJS/ TEN

Chú thích:

1. Nhóm bệnh là nhóm bệnh nhân bị bệnh gout được chỉ định sử dụng allopurinol và bị dị ứng trong quá trình sử dụng thuốc.

2. Nhóm dung nạp là nhóm bệnh nhân bị bệnh gout được chỉ định sử dụng allopurinol và không bị dị ứng trong quá trình sử dụng thuốc.

3. Nhóm chứng là nhóm không bị bệnh gout và không đang sử dụng allopurinol.

Chỉ số Odds Ratio (OR) trong các nghiên cứu cho thấy, ở những bệnh nhân mang alen HLA-B*58:01 nguy cơ bị SCARs cao hơn từ 13,625 – 580,3 lần so với những người không mang alen này.

Bảng 3: Chỉ số Odds Ratio (OR), giá trị P, khoảng tin cậy 95% trong các nghiên cứu

Năm và tác giả	Odds Ratio (OR)/ Giá trị p	Khoảng tin cậy 95%
2005, Hung SI [8].	580,3 (p = 4,7 x 10 ⁻²⁴)	34,4-9780,9
2011, Kang, H. R [9].	97,8 (p = 2,45 x 10 ⁻¹¹)	18,3-521,5
2011, Tohkin, M [12].	66,8 (p = 2,44 x 10 ⁻⁸)	19,8-225,0
2011, Cristallo AF [15].	13,625 (p = 0,00001)	2,774-69,448
2013, Gonçalo M [7].	39,11 (p = 5,9 x 10 ⁻⁴)	4,49-340,51
2015 , Đỗ Thị Quỳnh Nga, [2].	91,5 (p < 0,0001)	11,3-738,7
2016 , Ng CY [18].	44,0 (p = 2,6 x 10 ⁻⁴¹)	21,5-90,3
2017, Saksit N [10].	110,87 (p = 2,05 x 10 ⁻²²)	43,57-282,15
2018 T.Bardin [3].	171,2 (p < 0,0001)	20,0-7889,0
2019 Đỗ Duy Anh [1].	188,7 (p < 0,001)	9,99-3562,05

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ xuất hiện các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng từ các nghiên cứu dao động từ 0-18% ở nhóm dung nạp và trên 40%, có nghiên cứu 100% ở nhóm bệnh. Cỡ mẫu ở các nghiên cứu riêng lẻ còn thấp. Một số nghiên cứu đã không báo cáo về tỷ lệ mang alen HLA-B*58:01 ở nhóm chứng. Kết quả từ các nghiên cứu trước đó cho thấy nguy cơ dị ứng da nặng do allopurinol gây ra trên những người mang alen HLA-B*58:01 tăng đáng kể, điều này đã được tìm thấy ở cả người châu Á và người da trắng [13]. Các hướng dẫn điều trị của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ năm 2020 đã khuyến cáo sàng lọc gen HLA-B*58:01 trước khi bắt đầu sử dụng allopurinol ở những bệnh nhân có nguy cơ cao với quần thể Châu Á như người gốc Hán – Trung Quốc, Hàn Quốc, Thái Lan [17]. Bên cạnh đó các nghiên cứu trước đó đã cho thấy tỷ lệ mang alen HLA-B*58:01 cao hơn ở nhóm bệnh từ 83,6 - 100% ở người Việt Nam, Hán, Trung Quốc, Hàn Quốc, Thái Lan. Do đó, việc sàng lọc alen HLA-B*58:01 tại Việt Nam trước khi cho bệnh nhân sử dụng allopurinol nên được cân nhắc để giảm thiểu nguy cơ mắc các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Alen HLA-B*5801 có liên quan chặt chẽ đến tăng nguy cơ xuất hiện các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng trên bệnh nhân sử dụng allopurinol ở dân số Châu Á, Nam Mỹ, Châu Phi và trên cả dân số Châu Âu như Bồ Đào Nha, Ý. Sàng lọc alen HLA-B*58:01 giúp phòng ngừa các biến cố do SCARs gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Duy Anh cùng cộng sự (2019)**, "TỈ LỆ MANG ALEN HLA-B*58:01 TRÊN BỆNH NHÂN GOUT DỊ ỨNG DA DO ĐIỀU TRỊ ALLOPURINOL", Nghiên cứu Y học, **23**, tr.80-4.
2. **Đỗ Thị Quỳnh Nga cùng cộng sự (2015)**, "Khảo sát liên quan giữa HLA B*5801 và nguy cơ mắc các phản ứng dị ứng nặng do điều trị Allopurinol tại Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội", TẠP CHÍ Y HỌC DỰ PHÒNG, **XXV**, tr.396-400.
3. **Bardin T, et al. FRI0227** Risk factors for skin reactions to allopurinol in the Kinh population of Vietnam. BMJ Publishing Group Ltd; 2018.
4. **Cho Y-T, Chu C-Y (2017)**, "Treatments for severe cutaneous adverse reactions", Journal of immunology research, **2017**.
5. **Choudhary S, et al. (2013)**, "Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome", The Journal of clinical and aesthetic dermatology, **6** (6), pp.31.
6. **Duong TA, et al. (2017)**, "Severe cutaneous adverse reactions to drugs", The Lancet, **390** (10106), pp.1996-2011.
7. **Gonçalo M, et al. (2013)**, "HLA-B* 58: 01 is a risk factor for allopurinol-induced DRESS and Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in a Portuguese population", British Journal of Dermatology, **169** (3), pp.660-5.
8. **Hung S-I, et al. (2005)**, "HLA-B* 5801 allele as a genetic marker for severe cutaneous adverse reactions caused by allopurinol", Proceedings of the National Academy of Sciences, **102** (11), pp.4134-9.
9. **Kang H-R, et al. (2011)**, "Positive and negative associations of HLA class I alleles with allopurinol-induced SCARs in Koreans", Pharmacogenetics and genomics, **21** (5), pp.303-7.
10. **Saksit N, et al. (2017)**, "Comparison between the HLA-B58: 01 Allele and Single-Nucleotide Polymorphisms in Chromosome 6

- for Prediction of Allopurinol-Induced Severe Cutaneous Adverse Reactions", *Journal of immunology research*, **2017**.
- 11. Somkruea R, et al. (2011)**, "Association of HLA-B* 5801 allele and allopurinol-induced Stevens Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis", *BMC medical genetics*, **12** (1), pp.118.
 - 12. Tohkin M, et al. (2013)**, "A whole-genome association study of major determinants for allopurinol-related Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Japanese patients", *The pharmacogenomics journal*, **13** (1), pp.60-9.
 - 13. Wu R, et al. (2016)**, "Impact of HLA-B* 58:01 allele and allopurinol-induced cutaneous adverse drug reactions: evidence from 21 pharmacogenetic studies", *Oncotarget*, **7** (49), pp.81870.
 - 14. Yang M-S, et al. (2016)**, "Incidence of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a nationwide population-based study using national health insurance database in Korea", *PloS one*, **11** (11), pp.e0165933.
 - 15. Cristallo AF, et al. (2011)**, "A study of HLA class I and class II 4-digit allele level in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis", *Int J Immunogenet*, **38** (4), pp.303-9.
 - 16. FitzGerald JD, et al. (2020)**, "2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout", *Arthritis Care Res (Hoboken)*, **72** (6), pp.744-60.
 - 17. Khanna D, et al. (2012)**, "2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia", *Arthritis Care Res (Hoboken)*, **64** (10), pp.1431-46.
 - 18. Ng CY, et al. (2016)**, "Impact of the HLA-B(*)58:01 Allele and Renal Impairment on Allopurinol-Induced Cutaneous Adverse Reactions", *J Invest Dermatol*, **136** (7), pp.1373-81.

NHẬN THỨC VÀ THỰC HÀNH DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN: MỘT NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH

Trần Thị Minh Hạnh*, Phạm Trần Quỳnh Như*, Nguyễn Thị Hòa*

TÓM TẮT

Chế độ ăn của người bệnh thận mạn rất quan trọng để hạn chế các biến chứng nặng nề. Tuy nhiên, việc ăn uống ở người bệnh thận mạn khá phức tạp do tiết chế nhiều chất dinh dưỡng (như thực phẩm giàu đạm, kali, natri) và nước trong từng giai đoạn bệnh. Nghiên cứu nhằm tìm hiểu nhận thức và thực hành dinh dưỡng của người bệnh thận mạn về chế độ dinh dưỡng liên quan.

Phương pháp: Các cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện ở 10 người bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc thận tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, một cuộc thảo luận nhóm đối với người chăm sóc cho người bệnh thận mạn xoay quanh nhận thức về tầm quan trọng của dinh dưỡng đối với diễn tiến của bệnh thận mạn và cách chế biến, ăn uống các thực phẩm giàu đạm, kali, natri và nước. Các cuộc phỏng vấn sâu với bác sĩ chuyên khoa thận và nội tiết để tìm hiểu về cách thức tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh. **Kết quả:** Người bệnh không có nhận thức rõ ràng về mối liên quan giữa chế độ ăn và diễn tiến bệnh thận mạn. Việc thực hành tiết chế lượng đạm, rau & trái cây, lượng muối, nước rất khác biệt giữa các bệnh nhân, có người thực hiện đúng nhưng cũng có trường hợp cực đoan khi tiết chế quá mức hoặc thoải mái trong ăn uống. **Kết luận:** Nhận thức của người bệnh về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh thận mạn còn mơ hồ. Cách thực

hành chế độ ăn uống chưa phù hợp. Bác sĩ điều trị cũng gặp khó khăn trong tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh thận mạn. Cần có phương pháp giáo dục dinh dưỡng cho người bệnh, đào tạo cho bác sĩ điều trị về chế độ dinh dưỡng chuyên biệt cho bệnh thận ở từng giai đoạn.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, chế độ ăn, nghiên cứu định tính.

SUMMARY

PERCEPTION AND PRACTICE ON DIETETICS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS: A QUALITATIVE STUDY

Appropriate diet is very important to patients who have chronic kidney diseases (CKD) to minimize severe consequences. However, dietary of CKD is quite complicated due to control several nutrients (high protein, potassium, and sodium contain foods) and water in different stage of the disease. This study aim to explore the perceptions and practice of CKD patients on their diets. **Method:** Indepth interviews were implemented with 10 end-stage interval haemodialysis patients in Hoan My Sai Gon hospital. A group discussion was carried-out with persons who are CKD patients' care-providers. The interview or discussion were about the perception of the important relationship between nutrition and CKD proceed as well as how to prepare and intake protein, potassium, or sodium rich foods and water. Doctors who are professional on kidney diseases or endocrine were interview to investigate how to provide information on nutrition to CKD patients. **Results:** Patient preceptions were not clear on relationship between dietary and CKD proceed.

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Hạnh

Email: dr.minhhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

The practicing of dietetics on protein, vegetables and fruits, salt, and water were variety among patients. Some persons are good compliance, others are extreem abstain or freely eating.

Conclusions: Patient perceptions on dietary of CKD are vague. The practicing on dietaries are not appropriate. Doctors also have difficulty in counseling on diets to CKD patients. Good methods of education to CKD patients, training to doctors on nutrition of CKD in different stages are essential.

Key words: Chronic kidney disease, dietetics, qualitative study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn đang gia tăng nhanh ở nhiều quốc gia trên toàn thế giới. Điều này có thể do sự gia tăng thừa cân béo phì và đái tháo đường trên toàn cầu. Diễn tiến của bệnh thận mạn là gánh nặng cho bản thân người bệnh và gia tăng chi phí chăm sóc y tế [8]. Do đó, phòng ngừa bệnh ở giai đoạn sớm, ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh là hết sức cần thiết.

Dinh dưỡng trị liệu là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị bệnh thận mạn nhằm làm chậm sự suy giảm chức năng thận. Một chế độ ăn đạt đủ nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và các dưỡng chất nhưng cần kiểm soát lượng đạm, natri, kali và nước là điều không dễ dàng đối với người bệnh bởi vì khi không có nhiều thực phẩm để lựa chọn kết hợp với chán ăn do bệnh lý thì nguy cơ suy dinh dưỡng protein năng lượng (protein energy waisting: PEW) sẽ rất cao [6]. Sự chọn lựa thực phẩm tùy thuộc vào tình trạng bệnh của mỗi người chứ không có một chế độ chuẩn gọi là “chế độ ăn bệnh thận mạn” nên càng phức tạp. Ngay cả nhân viên y tế cũng gặp không ít khó khăn trong việc hướng dẫn người bệnh cách kiểm soát chế độ ăn. Một số nghiên cứu cho thấy để đạt

được hiệu quả đối với giáo dục cho người bệnh về chế độ ăn cần có nhiều phương pháp phối hợp và công cụ hỗ trợ [1] [2].

Phòng khám thận tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn (BV HMSG) hàng tháng điều trị bảo tồn cho khoảng 300 người bệnh thận mạn và tiến hành lọc thận định kỳ cho khoảng 70-80 người bệnh. Việc điều trị chủ yếu tập trung vào tình trạng lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng hơn là quan tâm đến chế độ ăn của người bệnh. Các hướng dẫn chung chung sẽ rất khó thực hiện trên thực tế.

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu nhận thức và thực hành dinh dưỡng ở người bệnh thận mạn qua các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đối với người bệnh và nhân viên y tế sẽ giúp định hướng cho các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả giáo dục dinh dưỡng cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Người bệnh thận mạn đang điều trị lọc thận tại BV HMSG và người chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh, không khiếm khuyết về khả năng nghe nói và hiểu, đồng ý tham gia buổi thảo luận/phỏng vấn sâu.

Bác sĩ chuyên khoa thận và bác sĩ nội tiết tại BV HMSG.

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu định tính bao gồm thảo luận nhóm 6 người nhà người bệnh đang lọc thận, phỏng vấn sâu 10 người bệnh thận mạn, 2 bác sĩ chuyên khoa thận và 3 bác sĩ nội tiết (BSNT).

Địa điểm:

Phòng khám lọc thận, nội tiết tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Thu thập dữ liệu:

Dùng bảng câu hỏi mở để định hướng cuộc thảo luận/phỏng vấn sâu. Nghiên cứu

viên chính dẫn dắt cuộc trao đổi và một chuyên viên thuộc khoa dinh dưỡng ghi âm, quan sát và ghi chép thái độ của đối tượng trong suốt quá trình trao đổi.

Chỉ số kali máu của người bệnh tại thời điểm gần nhất (trong vòng 2 tuần) được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

Phân tích dữ liệu

Các cuộc trao đổi/phỏng vấn sâu được gỡ băng, ghi chép đầy đủ và được nghiên cứu viên chính xem xét kỹ lưỡng. Các ý chính sẽ được lọc ra, sắp xếp theo chủ đề và theo nhóm đối tượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm xã hội và bệnh lý của người bệnh thận mạn tham gia nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Phần lớn đối tượng có độ tuổi trên 50 tuổi, đã kết hôn và có người chăm sóc (chế biến thức ăn và phục vụ bữa ăn).

Bảng 1. Đặc điểm xã hội và bệnh lý của người bệnh thận mạn đang điều trị lọc thận tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Mã số	Giới	Tuổi	Tình trạng hôn nhân	Người chăm sóc	Thời gian biết bệnh thận mạn	Kali máu (mmol/L)
131	Nam	59	Đã kết hôn	Người thân	4 năm	4.87
138	Nữ	69	Đã kết hôn	Người thân	10 năm	5.11
140	Nữ	39	Độc thân	Người giúp việc	15 năm	3.38
148	Nữ	56	Ly hôn	Người giúp việc	4 năm	4.95
149	Nữ	49	Đã kết hôn	Người thân	4 năm	3.84
150	Nữ	41	Đã kết hôn	Người thân	2 năm	5.09
152	Nam	51	Đã kết hôn	Người thân	1 năm	5.18
153	Nữ	71	Góa chồng	Tự chăm sóc	7 năm	3.59
154	Nam	58	Đã kết hôn	Người thân	3 năm	4.75
156	Nữ	79	Góa chồng	Người thân	3 năm 6 tháng	4.67

Phát hiện bệnh thận mạn.

Đối với người bệnh đang điều trị bệnh đái tháo đường thì chỉ đến khi bác sĩ chuyển sang phòng khám thận thì mới biết bị bệnh thận mạn. Có bệnh nhân khi phát hiện bệnh thận thì gần như phải lọc thận 2-3 lần/tuần. “Tôi nghĩ hưu rồi, phát hiện bệnh thận là lọc thận luôn, cách đây 3 năm” (154). “...Phát hiện bệnh khi thấy đau bụng vào cấp cứu thì mới biết suy thận, cách đây 15 năm...” (140). Ngay cả khi có đi khám thì cũng ít được

quan tâm tìm hiểu và chẩn đoán bệnh. “Em biết bị thận cách đây 2 năm,... trước đó em bị nhức đầu dữ dội, mấy bệnh viện cho uống thuốc nhức đầu, chụp CT đầu, làm tùm lum mà không hết, có đo huyết áp mà không nói em bị cao huyết áp, khám cho có lệ...Sau đợt đó, em đi BV ĐHYD khám xét nghiệm máu ra em bị thận giai đoạn 3-4 rồi...” (150). Có bệnh nhân cho rằng dùng thuốc điều trị đái tháo đường gây biến chứng bệnh thận mạn. “Tôi nghĩ do uống thuốc điều trị đái tháo

đường mới ảnh hưởng qua thận” (153).

Bác sĩ điều trị người bệnh đái tháo đường thường dựa vào xét nghiệm chức năng thận để phát hiện người bệnh thận mạn. “...bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên, có đái tháo đường, tăng huyết áp bác sĩ sẽ cho xét nghiệm máu kiểm tra chức năng thận, tư vấn bệnh nhân đái tháo đường lâu năm, acid uric cao không điều trị sẽ có nguy cơ bệnh thận mạn” (BSNT 1). Chuyển người bệnh khám chuyên khoa thận khi người bệnh có độ lọc cầu thận giảm. “...nếu eGFR < 30 sẽ tư vấn khám chuyên khoa thận” (BSNT 1). “Bệnh thận mạn giai đoạn 3 bác sĩ tư khám và cho thuốc, hướng dẫn theo dõi ổn định đường huyết, huyết áp, chế độ ăn, vận động, sử dụng thuốc, giai đoạn 4-5 sẽ chuyển sang khám chuyên khoa thận” (BSNT 2). “Chức năng thận giảm nhiều thì chuyển bác sĩ thận khám (khi eGFR<60)” (BSNT 3).

Nhận biết tầm quan trọng của chế độ ăn uống với diễn tiến của bệnh thận mạn.

Khi được hỏi về tầm quan trọng của chế độ ăn uống với diễn tiến của bệnh thận mạn thì một số người trả lời là có nhưng không nói rõ như thế nào. Nhiều người không quan tâm đến mối liên quan giữa ăn uống và diễn tiến của bệnh mà chỉ cần ăn theo hướng dẫn của bác sĩ là được.

Ăn thực phẩm giàu đạm bao nhiêu là được?

Bệnh nhân bị bệnh thận lâu năm thì chỉ nhớ những gì bác sĩ đã dặn ngay từ lần khám đầu tiên và ít được hướng dẫn lại cách ăn uống dù bệnh thận đã tiến triển đến giai đoạn lọc thận. “Tôi không nhớ bác sĩ dặn ăn thịt cá bao nhiêu, tôi không ăn được thịt cá, ngán thịt cá, ăn không ngon miệng” (149). “Thịt, cá bác sĩ cho ăn thoải mái không nói ăn bao nhiêu” (131). “Bác sĩ hướng dẫn hạn chế chất đạm, theo bác sĩ chỉ định thì ăn ít thịt lắm

khoảng 100-200g, nhưng bệnh lâu rồi thì ăn theo cơ địa của mình, phải ăn mới có sức lọc...” (140). “Lượng đạm thì trước khi chạy thận bác sĩ kêu ăn chừng 200g đạm/ngày, lọc thận thì ăn 300g đạm/ngày là nhiều lắm...” (152). “Thịt cá ăn ít lắm, bác sĩ cho ăn chừng 100g thịt, cá, tôi ăn ít hơn hướng dẫn” (153).

Đối với người chăm sóc thì cho rằng “đạm có trong trứng, sữa”, “bác sĩ tư vấn ăn khoảng 100g thịt, cá/ngày, thực tế ăn nhiều hơn lượng đạm tư vấn”, “bác sĩ không dặn dò lượng đạm, ăn theo khả năng để không bị suy nhược”.

Đối với bác sĩ chuyên khoa thận thì tùy theo giai đoạn bệnh thận mạn mà hướng dẫn lượng đạm trong bữa ăn. Nếu bệnh nhân chưa lọc thận thì sẽ hướng dẫn ăn giảm đạm theo nguyên tắc chung: giai đoạn 3: từ 1-1,2g/kg/ngày, lọc thận: 1,5-2g/kg/ngày. Bác sĩ cũng gặp khó khăn trong việc hướng dẫn cụ thể lượng đạm khi tư vấn mà chỉ phỏng đoán lượng thực phẩm giàu đạm. “Tư vấn bệnh nhân lúc khỏe ăn 10 phần thịt, cá thì khi bệnh ăn giảm còn 5 phần thịt, cá (giảm 50%)”. “Nếu bệnh nhân hỏi chi tiết thì sẽ không hướng dẫn rõ được”.

Ăn rau và trái cây thế nào?

Bệnh nhân ít được hướng dẫn cụ thể loại và lượng rau, trái cây được ăn nên có khuynh hướng hạn chế ăn rau và trái cây. “Bác sĩ dặn không được ăn trái cây, tôi không ăn trái cây. Không cho ăn rau, ăn vô bị tăng kali, tôi cũng không ăn rau củ” (154). Có bệnh nhân lúc mới phát hiện bệnh thận “Bác sĩ hướng dẫn ăn ít rau xanh đậm, không được nghe nói cách chế biến, lúc đó em vẫn ăn bình thường... Trái cây thì không nói gì hết” (150). Đến lúc lọc thận thì “bác sĩ có hướng dẫn ăn, ví dụ trái cây thì kiêng sầu riêng, thức ăn nhiều kali, rau thì hạn chế rau xanh đậm” (150). Bệnh nhân khác thì chỉ ăn rau

củ, không dám ăn rau lá “Bác sĩ dặn ăn củ trái, lá không ăn, mấy tháng nay không ăn gì có rau lá, toàn ăn củ như khoai tây, bầu bí, luộc đi luộc lại 2-3 lần do sợ kali máu cao” (152). Có bệnh nhân được hướng dẫn cách chế biến rau để lọc bớt kali thì không thể ăn được vì rau mềm nhũn khó ăn. “Rau thì luộc nhiều nước, không được ăn rau xanh, mà rau luộc nhiều lần mềm quá, dở, không ăn được nên tôi không ăn rau, ăn ít củ” (131). Người bệnh cũng gặp khó khăn do táo bón vì ít ăn rau và trái cây. “Bác sĩ nói kali cao không nên ăn rau, trái cây nên tôi cũng không ăn, hay bị táo bón” (148). Người bệnh thận mạn có kèm đái tháo đường thì bối rối khi được bác sĩ nội tiết tư vấn ăn tăng rau nhưng bác sĩ chuyên khoa thận lại bảo hạn chế ăn rau. “Tôi đi khám tiểu đường thì bác sĩ dặn ăn giảm cơm, tăng rau; Khám bệnh thận thì bác sĩ dặn giảm cơm, giảm ăn rau. Nghe mà không biết ăn sao” (149).

Bác sĩ chuyên khoa thận thì tư vấn hạn chế kali đối với người bệnh thận mạn giai đoạn 5 hoặc giai đoạn 3, 4 nếu có kết quả xét nghiệm bị tăng kali máu. Đối với người bệnh thận mạn giai đoạn 3, 4 không tăng kali máu thì sẽ không dặn hạn chế ăn thực phẩm giàu kali. Bác sĩ hướng dẫn bằng cách ghi chú thực phẩm giàu kali vào toa thuốc “hạn chế ăn rau xanh đậm, trái cây (nhỏ ăn vài trái, chuối ăn trái nhỏ, bơ, sầu riêng, cam)”. “Đối với rau lá xanh đậm, bắp cải để giảm kali thì phải luộc rau 2 lần, sau đó dùng rau đã luộc chế biến món xào, nấu canh. Đối với các loại củ quả như củ cải, bí xanh (trừ khoai tây) thì không cần luộc trước khi chế biến”.

Ăn giảm muối thế nào?

Về việc hướng dẫn ăn giảm muối thì bác sĩ chỉ hướng dẫn chung chung là nên ăn giảm mặn nhưng không nói rõ là ăn thế nào để có thể hạn chế được muối trong chế độ ăn. Có

bệnh nhân kiêng muối chứ không kiêng các thức ăn chứa nhiều muối khác. “Không ăn muối chỉ ăn nước mắm” (138).

Khi được bác sĩ hướng dẫn ăn giảm mặn thì người bệnh cho rằng điều đó liên quan đến huyết áp hơn là ảnh hưởng đến bệnh thận mạn. “...Hồi trước huyết áp cao bác sĩ khuyên ăn nêm vừa, khi huyết áp ổn định tôi ăn như bình thường” (138). “Bác sĩ dặn không ăn mặn quá, em ăn nêm nếm như bình thường, không nhạt quá cũng không mặn quá, quan trọng người huyết áp cao mới cần ăn nhạt” (140). Cũng có bệnh nhân tuân thủ được theo hướng dẫn của bác sĩ vì lo lắng về bệnh. “Từ lúc bệnh là không nêm muối mặn vào thức ăn, giảm lượng muối, hạt nêm, nước mắm, ăn lạt giờ quen rồi, không có khó khăn gì. Bệnh sợ chết thì ăn thôi” (152). Nhưng cũng có người bệnh không thể tuân thủ chế độ ăn giảm muối do không quen khẩu vị. “Bác sĩ dặn ăn nhạt nhưng tôi không ăn nhạt được” (131).

Uống nước bao nhiêu là được?

Về lượng nước uống thì một số bệnh nhân không được hướng dẫn rõ. “Uống nước cảm chừng, khát mới uống, bác sĩ không bắt buộc được uống bao nhiêu nước, kiểm tra cân nặng hàng ngày, tôi uống bình thường khoảng chừng 500-700ml” (152). “Trong thực đơn không có hướng dẫn nước, tùy theo mức độ suy thận, nếu bị phù nhiều thì không uống nước (lúc chưa lọc)” (150). “Bác sĩ dặn uống ít nước. Không nói uống bao nhiêu” (148). Do không được hướng dẫn cụ thể nên có bệnh nhân không dám uống nước dù vẫn đi tiểu nhiều. “...Em tiểu được nhiều nhưng em uống hạn chế, khi nào uống thuốc mới uống nước hoặc trong bữa cơm em ăn một ít canh nên em không bị phù” (150). Có bệnh nhân hiểu cần theo dõi lượng nước tiểu để biết được uống bao nhiêu nước. “Nước uống

thì hồi còn đi tiểu được uống 1-2 chai 500ml, giờ không tiểu được 1 ngày 1 chai 500ml, không khát thì không uống” (138). Có bệnh nhân không theo dõi nước tiểu mà chỉ theo dõi cân nặng để điều chỉnh lượng nước uống. “Nước uống ít, uống đỡ khát, uống nhiều lên cân, em không đong, em cân mỗi ngày vừa ăn vừa uống nước chỉ được tăng cân 2kg là được” (140). Có bệnh nhân thích nghi được với việc uống ít nước. “Tôi uống ít lắm, bình thường ở nhà uống ít chưa tới nửa chai, cả ngày mệt khát mới uống cỡ 1 đến hơn 1 chai 500ml, uống nước ít thấy khỏe” (148). Nhưng cũng có bệnh nhân không nhận được khát nên sẽ uống nhiều hơn lượng nước cho phép. “Bác sĩ nói một ngày chỉ được uống 500ml mà tôi không nhận khát được nên muốn uống lúc nào là uống thôi” (131).

Bác sĩ cũng trao đổi về việc gặp khó khăn khi tư vấn về uống nước. “Bệnh nhân thèm uống nước thì chưa biết cách hướng dẫn giúp bệnh nhân đỡ thèm”. “Bệnh nhân có phù tuân thủ được hạn chế nước, bệnh nhân chưa phù, chưa có biến chứng, bệnh nhân không nhận nổi nước thường không tuân thủ”.

IV. BÀN LUẬN

Nhận thức của người bệnh về bệnh thận mạn khá mơ hồ. Đối với người bệnh đang điều trị đái tháo đường thì đến khi bác sĩ chuyển qua khám chuyên khoa thận thì mới biết bị bệnh thận mạn. Còn những bệnh nhân không triệu chứng gì thì thường bị bỏ qua. Trong nghiên cứu này, có người bệnh đã đi khám các cơ sở y tế nhưng chỉ phát hiện bệnh thận mạn khi ở giai đoạn cuối phải lọc thận. Theo CDC Hoa Kỳ, bệnh thận mạn (CKD) là nguyên nhân đứng hàng thứ 9 trong các nguyên nhân gây tử vong tại Mỹ, chiếm 15% tổng dân số (cứ 7 người thì có 1 người mắc CKD), trong đó, có đến 90%

người bệnh không biết rằng bản thân có bệnh (do triệu chứng thầm lặng) và thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn gây ra nhiều gánh nặng về kinh tế và giảm chất lượng cuộc sống [4].

Việc hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh thận mạn gặp nhiều khó khăn do bác sĩ điều trị không được đào tạo về dinh dưỡng nên thường chỉ hướng dẫn chung chung và không điều chỉnh theo từng giai đoạn bệnh. Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) năm 2020 [7], người bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 chưa lọc thận cần 0,55-0,6g protein/kg/ngày (không kèm đái tháo đường) hoặc 0,6-0,8g/kg/ngày (có kèm đái tháo đường); người bệnh đang lọc thận thì lượng đạm tiêu thụ sẽ tăng lên ở mức 1,0-1,2g/kg/ngày. Tuy nhiên, phần lớn các bệnh nhân được hướng dẫn chung chung 100-200g thịt cá/ngày và không điều chỉnh theo từng giai đoạn điều trị nên sẽ không phù hợp với từng cá thể có trọng lượng cơ thể và giai đoạn bệnh khác nhau.

Đối với rau và trái cây thì thường người bệnh được hướng dẫn ăn rất hạn chế do chứa nhiều kali. Tuy nhiên, hạn chế ở mức nào, được ăn bao nhiêu thì không rõ nên nhiều người không dám ăn tất cả các loại rau và trái cây. Trong khi đó, rau xanh và trái cây tươi lại là những thực phẩm tốt cho tim mạch, đường tiêu hóa và phòng chống toan chuyển hóa (thường gặp trong bệnh thận mạn) do chứa nhiều chất xơ, chất chống oxy hóa, vitamin và có tính kiềm cao [3]. Với những lợi ích như vậy thì việc giáo dục cho người bệnh về các loại thực phẩm chứa kali cao và hướng dẫn cách chế biến nhằm loại bớt kali trong thực phẩm sẽ có lợi cho người bệnh thận mạn hơn là loại bỏ hẳn các thực phẩm này trong chế độ ăn [5].

Theo KDOQI, người bệnh thận mạn nên hạn chế natri ở mức $< 2,3\text{g/ngày}$ (tương đương dưới 6g muối/ngày) [7]. Tuy nhiên, bác sĩ điều trị cũng chỉ hướng dẫn chung chung là “nên ăn nhạt” nhưng không thể nói cụ thể là bao nhiêu muối (hoặc thức ăn chứa Na tương đương). Do đó, người bệnh cũng chỉ điều chỉnh nhạt hơn so với bình thường, thậm chí có người vẫn ăn như bình thường.

Việc tiết chế lượng nước uống cũng gặp nhiều khó khăn. Đối với những bệnh nhân đã từng bị phù, tăng huyết áp do uống nhiều nước sẽ tuân thủ lượng nước uống đúng theo hướng dẫn của bác sĩ. Một số bệnh nhân khác thì khó kiểm soát lượng nước uống như hướng dẫn do không thể nhịn khát. Bác sĩ cũng gặp khó khăn trong cách giải quyết khi bệnh nhân khát và thèm nước. Điều này dẫn đến việc phải rút nhiều nước cho mỗi lần lọc làm ảnh hưởng đến chức năng của tim.

V. KẾT LUẬN

Nhận thức của người bệnh về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh thận mạn còn mơ hồ. Cách thực hành chế độ ăn uống chưa phù hợp với từng trường hợp bệnh do không được hướng dẫn cụ thể. Bác sĩ điều trị cũng gặp khó khăn trong việc tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh thận mạn.

Người bệnh cần được giáo dục dinh dưỡng để có thể tiết chế dinh dưỡng đúng với tình trạng bệnh để duy trì trạng thái khỏe mạnh, hạn chế biến chứng. Bác sĩ điều trị cần được đào tạo về dinh dưỡng chuyên biệt cho bệnh thận ở từng giai đoạn. Cần xây dựng các công cụ hỗ trợ (sổ tay, tờ rơi...) để bác sĩ tư vấn cụ thể cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cheryl Anderson AM, Anh Nguyen H. Nutrition education in the care of patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Semin Dial.* 2018; p. 115-121
2. Judith Bento A, Katherine Schury A, Vinod Bansal K. Strategies to promote adherence to nutritional advice in patients with chronic kidney disease: a narrative review and commentary. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2016, p. 21-33
3. Aleix Cases, et al. Vegetable-Based Diets for Chronic Kidney Disease? It Is Time to Reconsider. *Nutrients.* 2019; p. 1263.
4. CDC (2019). Chronic Kidney Disease: Common - Serious - Costly. <https://www.cdc.gov/kidneydisease/prevention-risk/CKD-common-serious-costly.html>, accessed on 20 May 2020.
5. Adammasco Cupisti, et al. Dietary Approach to Recurrent or Chronic Hyperkalaemia in Patients with Decreased Kidney Function. *Nutrients,* 2018; p. 1-15
6. Franca Iorember M. Malnutrition in Chronic Kidney Disease. *Frontiers in pediatrics.* 2018; p. 161-161.
7. KDOQI. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases,* 2020; p. S1-S107.
8. Valerie Luyckx A, Marcello Tonelli, John Stanifer W. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization.* 2018; p. 414-422D.

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC GLUCOCORTICOID TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Ngô Ngọc Anh Thu*, Phạm Huỳnh Phương Linh*,
Nguyễn Thanh Nghĩa*, Phạm Hồng Thắm**

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiện nay, glucocorticoid (GC) là một nhóm thuốc được sử dụng phổ biến trong tất cả các khoa điều trị tại bệnh viện đồng thời có rất nhiều tác động bất lợi. Do đó tìm hiểu về tình hình sử dụng thuốc GC là cần thiết để giám sát sử dụng thuốc trên bệnh nhân nhằm đảm bảo an toàn, hiệu quả.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu đơn thuốc của bệnh nhân ngoại trú được chỉ định sử dụng corticoid ở khoa Nội hô hấp tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 01/01/2018 đến 30/06/2018.

Kết quả: Có 3371 đơn thuốc được khảo sát, bệnh nhân có độ tuổi trung bình 58 ± 15 (năm), viêm phế quản là bệnh phổ biến nhất (56,77%). Các dạng đường sử dụng thuốc lần lượt là đường uống (56,99%), đường xịt (36,34%) và cả hai (6,67%). Hoạt chất methylprednisolone được sử dụng nhiều nhất chiếm 56,49%. Dạng uống được sử dụng nhiều nhất là trong vòng 7 ngày với chi phí trung bình từ dưới 1.000 đồng đến 7.000 đồng, chi phí cho 1 đơn thuốc corticoid đường xịt là 275.183 đ. Tỷ lệ tương tác cần được theo dõi chiếm 3,13%.

Kết luận: Việc tuân thủ sử dụng thuốc GC hợp lý góp phần đảm bảo an toàn hạn chế tác dụng không mong muốn và giảm chi phí điều trị.

Từ khóa: Glucocorticoid, sử dụng thuốc, bệnh lý đường hô hấp.

SUMMARY

SITUATION OF USING GLUCOCORTICOID MEDICINE IN RESPIRATORY PATIENTS AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Introduction: Currently, glucocorticoid (GC) is a group of drugs commonly used in all hospital departments and has many side effects. Therefore, it is necessary to learn about GC drug use to monitor drug use in patients to ensure safety and effectiveness

Materials and methods: Retrospective study of outpatient prescriptions for corticosteroids indicated in the Department of Respiratory Internal Medicine at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from January 1, 2018 to June 30, 2018

Result: There were 2196 patients with 3371 prescriptions surveyed, with a mean age of 58 ± 15 (year), with bronchitis being the most common disease (56.77%). The route of drug use is oral (56.99%), spray (36.34%) and both (6.67%). Active ingredient methylprednisolone used the most accounted for 56.49%. Oral form is used the most within 7 days with an average price from less than 1,000 VND to 7,000 VND, prescription for aerosolized corticoid is 275,183 VND. The rate of interaction that should be monitored accounts for 3.13%.

*Trường ĐH Nguyễn Tất Thành

**Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Ngọc Anh Thu
Email: thungo85@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Conclusion: Compliance with proper use of GC drugs contributes to safety, minimizes adverse effects and reduces treatment costs.

Keyword: Glucocorticoid, drug use, respiratory tract pathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay việc sử dụng corticoid gần như là phổ biến trong điều trị các bệnh lý đặc trị cũng như thông thường. Tuy nhiên, ngay cả khi được đặc biệt quan tâm, tác dụng phụ cũng có thể xảy ra. Dạng thuốc uống được sử dụng nhiều nhất và cũng là dạng gây tai biến cao do dùng thuốc bất hợp lý, sử dụng dài ngày có thể dẫn đến các tác động bất lợi như hội chứng Cushing, đau loét vùng thượng vị, dạ dày. Thậm chí việc kết hợp corticoid với kháng viêm NSAID khác sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu đường tiêu hóa. Corticoid được coi như là con dao hai lưỡi nếu dùng đúng thì sẽ là một vũ khí cực kì hiệu quả trong điều trị nhiều bệnh mạn tính, nhưng nếu dùng sai hoặc lạm dụng thì sẽ có nguy cơ bị nhiều biến chứng nguy hiểm, làm cho bệnh tình thêm phức tạp, ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe của người bệnh [16].

Trong thực hành lâm sàng, việc lựa chọn sử dụng GC để điều trị triệu chứng ngắn ngày thường không nguy hiểm nhưng nếu sử dụng dài hạn trên bệnh mạn tính (thấp khớp, viêm xương - khớp, hen suyễn...) thì cần xem xét nhiều yếu tố trước khi chọn thuốc [21].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân được chẩn đoán mắc các bệnh về đường hô hấp, có chỉ định GC ở khoa Nội hô hấp tại bệnh viện

Nhân dân Gia Định từ 01/01/2018 đến 30/06/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân là phụ nữ có thai hoặc phụ nữ cho con bú;

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả hồi cứu, cắt ngang. Thống kê mô tả các thuốc được sử dụng cho bệnh nhân. Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả, kiểm định χ^2 được sử dụng để so sánh hai tỷ lệ, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Định nghĩa các biến số chính

Đặc điểm của BN trong mẫu nghiên cứu gồm Tỷ lệ (%) BN theo giới tính và tuổi tác. Tình hình sử dụng thuốc corticoid trên bệnh nhân hô hấp điều trị ngoại trú ở khoa Nội hô hấp – Cơ xương khớp bao gồm tỷ lệ (%) các hoạt chất corticoid được sử dụng trong đơn nghiên cứu, tỷ lệ (%) phân bố các nhóm bệnh theo giới tính, tỷ lệ (%) các loại hoạt chất corticoid phân bố theo bệnh thường gặp, Số ngày điều trị bằng corticoid theo từng đường dùng, tỷ lệ (%) thời điểm dùng thuốc trong một ngày và liều dùng trung bình hằng ngày của các loại hoạt chất corticoid trong một đơn.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 21. Các biến liên tục có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; Các biến liên tục không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung vị (khoảng tứ phân vị, IQR 25%-75%);.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**❖ Đặc điểm của người bệnh trong mẫu nghiên cứu**

Có 2196 BN với 3371 đơn thuốc trong mẫu nghiên cứu.

Tỷ lệ BN nữ chiếm 58,43%, BN nam

chiếm 41,82% với độ tuổi trung bình là 58 ± 15 . BN bị các bệnh liên quan đến hô hấp có sử dụng corticoid với tỷ lệ cao nhất là ở độ tuổi từ 41 – 60 tuổi, chiếm 40,62%. Phân bố nhóm bệnh theo giới tính của bệnh nhân như bảng 1.

Bảng 1. Phân bố nhóm bệnh theo giới tính

STT	Bệnh	Nữ		Nam		Tổng	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
1	COPD	17	1,20	125	12,30	142	5,82
2	Hen suyễn	168	11,81	84	8,27	252	10,34
3	VPQC	826	58,10	558	54,92	1384	56,77
4	Dẫn phế quản	12	0,84	20	1,97	32	1,31
5	Viêm họng cấp	197	13,85	95	9,35	292	11,98
6	Nhiễm trùng hô hấp trên cấp	106	7,45	37	3,64	143	5,86
7	Bệnh khác	96	6,75	97	9,55	193	7,92
Tổng		1422	100	1016	100	2438	100

❖ Tình hình sử dụng thuốc corticoid

Kết quả cho thấy có 56,99% (1921 đơn thuốc) có chỉ định GC đường uống, 36,34% (1225 đơn thuốc) chỉ định bằng đường xịt, kết hợp của cả 2 đường dùng chiếm 6,67% (225 đơn thuốc) với các hoạt chất corticoid được sử dụng như mô tả ở bảng 2 và các bệnh hô hấp thường gặp như bảng 3

Bảng 2. Các hoạt chất corticoid được sử dụng trong khoa

STT	Hoạt chất	Số đơn thuốc	Tỷ lệ %
1	Budesonid + dạng phối hợp	425	12,61
2	Fluticason + dạng phối hợp	1048	31,09
3	Methylprednisolon	1920	56,96
4	Prednison	190	5,64

Hoạt chất Methylprednisolon được sử dụng nhiều nhất chiếm 56,96% tổng số đơn thuốc điều tra.

Bảng 3. Các loại bệnh thường gặp trong mẫu nghiên cứu

Bệnh	Số đơn thuốc	Tỷ lệ %
COPD	366	10,86
Dẫn phế quản	53	1,57
Hen suyễn	598	17,74

Nhiễm trùng hô hấp trên cấp	164	4,87
Viêm họng cấp	259	7,68
VPQC	1732	51,38
Bệnh khác	199	5,90

Bệnh COPD được chẩn đoán và chỉ định hoạt chất Fluticasone và dạng phối hợp của nó chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,33%, thấp nhất là Prednisone chiếm 6,56%. Với Bệnh dẫn phế quản, Methylprednisolone (79,25%) chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất là Budesonide và dạng phối hợp của nó chiếm 3,77%. Bệnh hen suyễn hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là Budesonid và dạng phối hợp của nó chiếm

60,54%, thấp nhất là Prednison chiếm 0,33%. Methylprednisolon chỉ định nhiều nhất (40,85%) ở bệnh nhiễm trùng hô hấp trên cấp. Bệnh viêm họng cấp hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là Fluticason và phối hợp của nó chiếm 57,53. Bệnh VPQC hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là Methylprednisolon chiếm 79,33%.

- Khảo sát tỷ lệ số lần dùng thuốc corticoid trong một ngày.

Bảng 4. Phân bố tỷ lệ đường sử dụng GC và số lần dùng trong ngày

Số lần dùng thuốc trong một ngày	Thuốc corticoid đường uống		Thuốc corticoid dạng xịt	
	Số đơn thuốc	Tỷ lệ %	Số đơn thuốc	Tỷ lệ %
1 lần	1918	56,89	70	2,08
2 lần	193	5,72	960	28,47
3 lần	1	0,03	0	0

- Số ngày điều trị bằng corticoid đối với các loại bệnh thường gặp

Bảng 5. Tỷ lệ số ngày điều trị bằng corticoid.

Thời gian	Đường sử dụng	COPD (366 đơn)	Dẫn PQ (53 đơn)	Hen suyễn (598 đơn)	Nhiễm trùng HHT cấp (164 đơn)	Viêm họng cấp (259 đơn)	VPQC (1732 đơn)
≤ 7 ngày	Dạng uống	6,83%	47,17%	3,34%	95,73%	40,93%	79,67%
	Dạng xịt	0,27%	0	1,84%	2,44%	5,79%	1,27%
8 - 14 ngày	Dạng uống	0,82%	30,19%	0	0	0,77%	3,52%
	Dạng xịt	1,37%	0	2,68%	0,61%	3,47%	4,91%
15 - 21 ngày	Dạng uống	0	0	0	0	0	0
	Dạng xịt	2,19%	0	3,34%	0	4,63%	0,58%
25 - 28 ngày	Dạng uống	0,27%	0	0	0	0	0
	Dạng xịt	49,45%	9,43%	56,52%	1,22%	3,09%	0,64%
30 - 42	Dạng uống	0	0	0	0	0	0

ngày	Dạng xịt	2,19%	0	1,67%	0	18,92%	3,29%
56 - 120	Dạng uống	0	0	0	0	0	0
ngày	Dạng xịt	1,37%	1,89%	4,58%	0	0	0,06%

Thời gian trung bình 25 – 28 ngày, dùng với dạng xịt trong điều trị COPD, hen suyễn lần lượt là 49,45% và 56,52%. Bệnh dẫn phế quản, chỉ định thời gian điều trị với dạng uống lần lượt là dưới 7 ngày (47,17%), từ 8-14 ngày (30,19%). Trong đa số các trường hợp GC được chỉ định dưới 7 ngày bằng đường uống trong các bệnh lý Dẫn phế quản (47,17%), nhiễm trùng hô hấp cấp (95,73%), viêm phế quản cấp (40,93%), viêm họng cấp (79,67%).

Bảng 6. So sánh PDD và DDD của từng loại corticoid được sử dụng trong khoa.

Hoạt chất		DDD	PDD	Tần suất	Tỷ lệ %
Budesonid và dạng phối hợp	Thuốc chữa hen	0,8 mg	0,480 ± 0,185 mg	412	12,22
	Thuốc mũi	0,2 mg	0,125 ± 0,054 mg	22	0,65
Fluticason và dạng phối hợp	Thuốc chữa hen	0,6 mg	0,752 ± 0,342 mg	511	15,16
	Thuốc mũi	0,11 mg	0,019 ± 0,041 mg	555	16,46
Methylprednisolon		7,5 mg	16,89 ± 3,71 mg	1920	56,96
Prednison		10 mg	14,03 ± 3,56 mg	190	5,64

Hoạt chất Budesonid và dạng phối hợp, thuốc mũi của Fluticason và dạng phối hợp có PDD thấp hơn DDD. Hoạt chất Methylprednisolon, Prednison thì PDD cao hơn so với DDD.

Chi phí trung bình trên đơn thuốc corticoid đường uống là 4.531VNĐ và đường xịt là 275.183VNĐ

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả khảo sát người bệnh là nam giới chiếm 41,82%, nữ chiếm 59,43. Phần lớn bệnh nhân bị bệnh liên quan đến hô hấp có sử dụng corticoid là ở độ tuổi từ 41 đến 80 tuổi. Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh về tuổi và giới của những loại bệnh thường phải sử dụng corticoid. Tuy nhiên, đây là nhóm đối tượng nguy cơ về tác dụng phụ do cao tuổi, nhiều bệnh kèm cần phải hạn chế sử dụng corticoid.

Methylprednisolon là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất. Fluticason propionat + Salmeterol là hoạt chất được sử dụng nhiều thứ hai chiếm 13,77% với dạng bào chế là hỗn dịch phun mù và bột hít phân liều, trong

đó dạng hỗn dịch phun mù chiếm tỷ lệ nhiều hơn do dễ sử dụng và giá thành rẻ hơn. Các chỉ định dùng corticoid đặc biệt là đường uống, đều dùng 1 liều duy nhất vào buổi sáng chiếm hơn một nửa tổng số đơn thuốc điều tra (52,91%). Thời gian sử dụng GC trung bình của dạng đường uống đều ngắn ngày, các khuyến cáo cho thấy dùng liều cao trong thời gian ngắn (dưới 1 tuần cho các ca đe dọa tính mạng – hen suyễn cấp) làm giảm nhanh chóng các triệu chứng bệnh với ít tác dụng phụ.

Liều kê đơn của hoạt chất Budesonid và dạng phối hợp phù hợp với liều DDD khuyến cáo, ở dạng thuốc mũi, sử dụng ở mức liều là 0,128 mg/ngày với 2 lần xịt, mỗi lần xịt 1

nhất. Ở dạng thuốc chữa hen, sử dụng ở mức liều là 0,640 mg/ngày với 2 lần xịt, mỗi lần xịt 2 nhát. Tương tự, hoạt chất Fluticason và dạng phối hợp, ở dạng thuốc mũi, sử dụng thuốc có hàm lượng 0,0275 mg là nhiều nhất với mức liều là 0,055 mg/ngày với 2 lần xịt, mỗi lần xịt 1 nhát. Ở dạng thuốc chữa hen, sử dụng thuốc có hàm lượng 0,25 mg là nhiều nhất với mức liều là 1 mg/ngày với 2 lần xịt, mỗi lần xịt 2 nhát. Đối với liều PDD của thuốc mũi so với DDD thì không sử dụng quá liều. Nhưng đối với thuốc chữa hen, liều tối đa được khuyến cáo sử dụng chỉ là 0,88 mg/ngày nhưng chỉ định dùng 1 mg/ngày do đó liều PDD cao hơn so với DDD của WHO.

Các tác dụng không mong muốn của corticoid dùng đường toàn thân, kể cả tác dụng ức chế trục dưới đồi – tuyến yên – thượng thận, phụ thuộc vào liều và thời gian dùng thuốc. Do đó, cần dùng liều thấp nhất trong thời gian ngắn nhất tùy theo mức độ cần thiết của lâm sàng.

Các tương tác có ý nghĩa lâm sàng bao gồm Methylprednisolon-Clarithromycin, Methylprednisolon -Ciprofloxacin, Prednisone -Levofloxacin, Prednisone – Clarithromycin.

V. KẾT LUẬN

Trong quá trình kê đơn GC, sự tuân thủ theo các hướng dẫn sử dụng thuốc góp phần đảm bảo an toàn trong sử dụng, hạn chế tối thiểu các tác động bất lợi, đặc biệt là trên nhóm bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Dược Lý** – Trường đại học Y Hà Nội, Dược lý học, Nhà xuất bản y học 1998 (490-497).
2. **Bộ môn Dược lâm sàng**, Trường đại học Dược Hà Nội, Dược lâm sàng và điều trị, NXB Y học 2007.
3. **Bộ y tế (2017)**, Dược thư quốc gia Việt nam, NXB Y học, Hà Nội.
4. **Bộ y tế (2006)**, Dược lâm sàng - sách dùng cho đào tạo dược sĩ đại học, Nhà xuất bản y học.
5. **Bộ y tế, Dược lý học tập 1** (dùng cho đào tạo Bác sĩ đa khoa), Nhà xuất bản giáo dục Hà Nội.
6. **Bộ y tế (2005)**, Tài liệu tập huấn sử dụng thuốc hợp lý trong chăm sóc người bệnh, tài liệu dùng cho đào tạo bác sĩ, dược sĩ bệnh viện.
7. **Bộ Y tế (2016)**, Thông tư số 05/2016/TT-BYT, Quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú.
8. **Bộ Y tế (2012)**, Quyết định số 4235/QĐ-BYT, Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp”.
9. **Bộ Y tế (2018)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, NXB Y học, Hà Nội.
10. **Trần Hà Giang và cộng sự (2001)**, “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc Corticoid tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai”.
11. **Trần Thị Thu Hằng (2018)**, Dược lực học, Nhà xuất bản Phương Đông, TP HCM.
12. **Bùi Khắc Hậu (2016)**, “Bệnh viêm phế quản cấp”, Sức khỏe và đời sống.
13. **Hoàng Tích Huyền**, Chuyên đề dược lý, Nhà xuất bản y học 1998 (53-69).
14. **Bùi Đức Thành, Hoàng Thị Kim Huyền, (2014)**, “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc Corticoid tại bệnh viện Đa Khoa Cẩm Giàng – Hải Dương”.
15. **Phạm Thiệp, Vũ Ngọc Thuý (2006)**, Thuốc biệt dược và các sử dụng, Nhà xuất bản y học,

- Hà Nội.
16. **Lê Văn Trị**, Corticoid và cách sử dụng, Nhà xuất bản y học 1995 (20-135).
 17. Agertoft, L., & Pedersen, S. (2000). Effect of long-term treatment with inhaled budesonide on adult height in children with asthma, *New England Journal of Medicine*, 343(15), 1064-1069.
 18. **Bernard, G. R., Luce, J. M., Sprung, C. L., Rinaldo, J. E., Tate, R. M., Sibbald, W. J., ... & Harris, T. R. (1987)**. High-dose corticosteroids in patients with the adult respiratory distress syndrome, *New England Journal of Medicine*, 317(25), 1565-1570.
 19. **Boumpas, D. T., Chrousos, G. P., Wilder, R. L., Cupps, T. R., & Balow, J. E. (1993)**. Glucocorticoid therapy for immune-mediated diseases: basic and clinical correlates. *Annals of internal medicine*, 119(12), 1198-1208.
 20. **British National Formulary (2013)**, bnf.org.,
 21. **Corrigan, C. J., Haczku, A., Gemou-Engesaeth, V., Doi, S., Kikuchi, Y., Takatsu, K.,... & Kay, A. B. (1993)**. CD4 T-lymphocyte activation in asthma is accompanied by increased serum concentrations of interleukin-5: effect of glucocorticoid therapy. *American Review of Respiratory Disease*, 147(3), 540-547.
 22. **Liggins, G. C., & Howie, R. N. (1972)**. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. *Pediatrics*, 50(4), 515-525.
 23. **Magnussen, H., Disse, B., Rodriguez-Roisin, R., Kirsten, A., Watz, H., Tetzlaff, K.,... & Chanez, P. (2014)**. Withdrawal of inhaled glucocorticoids and exacerbations of COPD. *New England Journal of Medicine*, 371(14), 1285-1294.
 24. **Meduri, G. U., Headley, A. S., Golden, E., Carson, S. J., Umberger, R. A., Kelso, T., & Tolley, E. A. (1998)**. Effect of prolonged methylprednisolone therapy in unresolving acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial, *Jama*, 280(2), 159-165.
 25. **Pauwels, R. A., Löfdahl, C. G., Laitinen, L. A., Schouten, J. P., Postma, D. S., Pride, N. B., & Ohlsson, S. V. (1999)**. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking, *New England Journal of Medicine*, 340(25), 1948-1953.
 26. **Schlaghecke, R., Kornely, E., Santen, R. T., & Ridderskamp, P. (1992)**. The effect of long-term glucocorticoid therapy on pituitary-adrenal responses to exogenous corticotropin-releasing hormone, *New England Journal of Medicine*, 326(4), 226-230.
 27. **Wilson, N., Sloper, K., & Silverman, M. (1995)**. Effect of continuous treatment with topical corticosteroid on episodic viral wheeze in preschool children, *Archives of disease in childhood*, 72(4), 317-320.

KHẢO SÁT ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN GÂY BỆNH PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ VẠN PHÚC 2, NĂM 2019 - 2020

Nguyễn Thị Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát sự phân bố của vi khuẩn gây bệnh và sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp đó.

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả cắt ngang. Thu thập dữ liệu về vi khuẩn gây bệnh phân lập từ các loại bệnh phẩm dương tính tại phòng Vi sinh, khoa Xét nghiệm, Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2 từ tháng 1/2019 đến 6/2020.

Kết quả: Trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2020 có 250 mẫu bệnh phẩm cấy vi khuẩn phân lập tại phòng vi sinh khoa Xét nghiệm, Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2, trong đó lựa chọn được 173 bệnh phẩm dương tính từ các loại bệnh phẩm khác nhau (mủ, đờm, nước tiểu, dịch, máu...) ở các khoa. Trong đó xuất hiện các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp: S.aureus (23.0%), E.coli (41.1%), Klebsiella spp (12.1%), Enterobacter spp (4.7%), P.aeruginosa (9.8%), Acinetobacter spp (9.3%).

Kết luận: Các loại vi khuẩn gây bệnh điển hình thường gặp là S.aureus, E.coli, Klebsiella spp, Enterobacter spp, P.aeruginosa, Acinetobacter spp.

Từ khóa: Vi khuẩn gây bệnh, đề kháng kháng sinh.

(*Từ viết tắt:* E.coli: Escherichia coli, S.aureus: Staphylococcus aureus, P.aeruginosa: Pseudomonas aeruginosa).

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PATHOGENIC BACTERIA ISOLATED IN THE MICROBIOLOGY LAB AT VAN PHUC 2 HOAN MY HOSPITAL FROM 01/2019 TO 06/2020

Objectives:

- To Investigate the distribution of common pathogenic bacteria and its antibiotic resistance.

Method: Retrospective, descriptive and cross-sectional methods. Data of pathogenic bacteria and antibiogram results were collected from patient's specimens at Van Phuc 2 Hoan My hospital from 01/2019 to 06/2020.

Results: 173 positive samples were isolated from different specimen (pus, sputum, urine, fluid, blood) at disease departments. There were a lot of common pathogenic bacterial strains ranging from S.aureus (23.0%), E.coli (41.1%), Klebsiella spp (12.1%), Enterobacter spp (4.7%), P.aeruginosa (9.8%), Acinetobacter spp (9.3%).

Conclusion: There were a lot of common pathogenic bacteria: S.aureus, E.coli, Klebsiella spp, Enterobacter spp, P.aeruginosa, Acinetobacter spp.

Keywords: Pathogenic bacteria, antibiotic resistance.

(*Abbreviation:* E.coli: Escherichia coli, S.aureus: Staphylococcus aureus, P.aeruginosa: Pseudomonas aeruginosa).

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: phuong.nguyen9@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 13/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 23/10/2020

Ngày duyệt bài: 31.10.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh đã được đưa vào sử dụng từ những năm đầu thế kỷ 20, nhưng cho đến nay, sử dụng kháng sinh hợp lý vẫn đang là một thách thức lớn của toàn thế giới, thuật ngữ “đề kháng kháng sinh” đã trở nên quen thuộc trong điều trị nhiễm khuẩn. Nhiều nghiên cứu tiến hành trên thế giới Châu Âu cho thấy đã xuất hiện nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc và tỷ lệ kháng đang tăng dần theo thời gian, tỷ lệ kháng Ciprofloxacin chiếm 69,1% [6].

Tại Việt nam, thuộc nhóm có tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh cao nhất thế giới. Một nghiên cứu cho thấy phế cầu khuẩn ở Việt Nam có tỷ lệ kháng Penicillin và Erythromycin lần lượt là 71,4% và 92,1%, cao nhất trong số 11 nước châu Á được khảo sát. Tỷ lệ kháng thuốc của *Acinetobacter baumannii*, tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện hàng đầu hiện nay, cũng đã ở mức 80-90% [16]. Nghiên cứu tác giả cho thấy vi khuẩn *P.aeruginosa* kháng với ceftazidime 76,92%, *K. pneumoniae* kháng mạnh nhất với fosmycin 80%, *E. coli* kháng mạnh với ampicilin (90%), *S. aureus* kháng methicillin 93,33% [5].

Xác định đúng nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh và cơ chế đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Khảo sát đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2 từ 01/2019 đến 06/2020*”

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2020 có 173 bệnh phẩm dương tính từ các loại bệnh phẩm khác nhau (mủ, đờm, nước tiểu, dịch, máu) ở các khoa Nội, ngoại, sản Nhi, Hồi sức tích cực và chống độc.

Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát sự phân bố của vi khuẩn gây bệnh và sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập từ bệnh phẩm (mủ, đờm, nước tiểu, dịch, máu...) tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2 Đối tượng: Vi khuẩn gây bệnh được phân lập từ các loại bệnh phẩm tại phòng vi sinh, Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2 từ 1/2019 đến tháng 6/2020.

2.3 Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Chủng vi khuẩn gây bệnh đã phân lập trên các bệnh phẩm có đầy đủ thông tin trên phiếu chỉ định và kết quả kháng sinh đồ.

2.4 Tiêu chuẩn loại trừ:

Vi khuẩn cùng loại trên cùng bệnh nhân trong những lần phân lập sau.

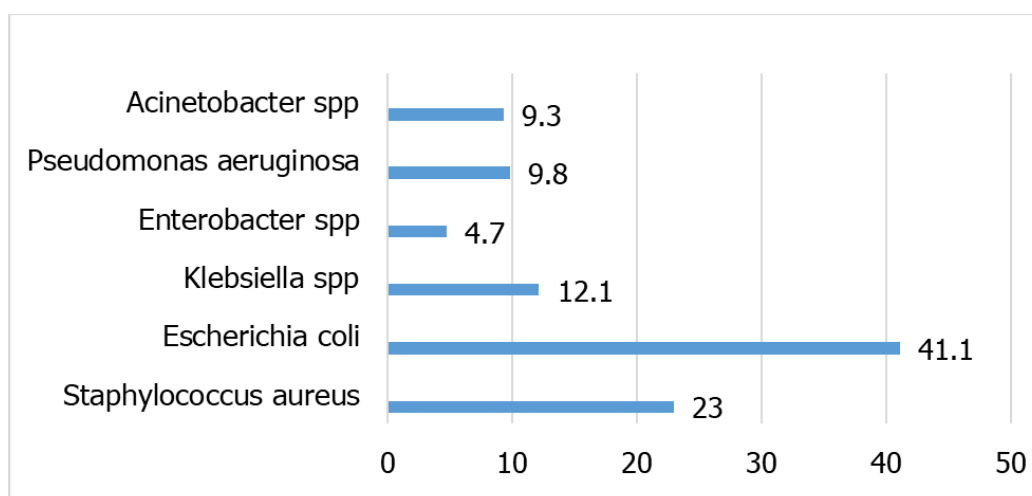
2.5 Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm: Phòng vi sinh, khoa Xét Nghiệm, Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020.

2.6 Phương pháp nghiên cứu:

Phân lập, định danh vi khuẩn gây bệnh theo thường qui trên các môi trường thích hợp. Xác định mức độ đề kháng kháng sinh bằng phương pháp Kirby Bauer với đĩa giấy theo hướng dẫn của CLSI 2018 [8]. Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

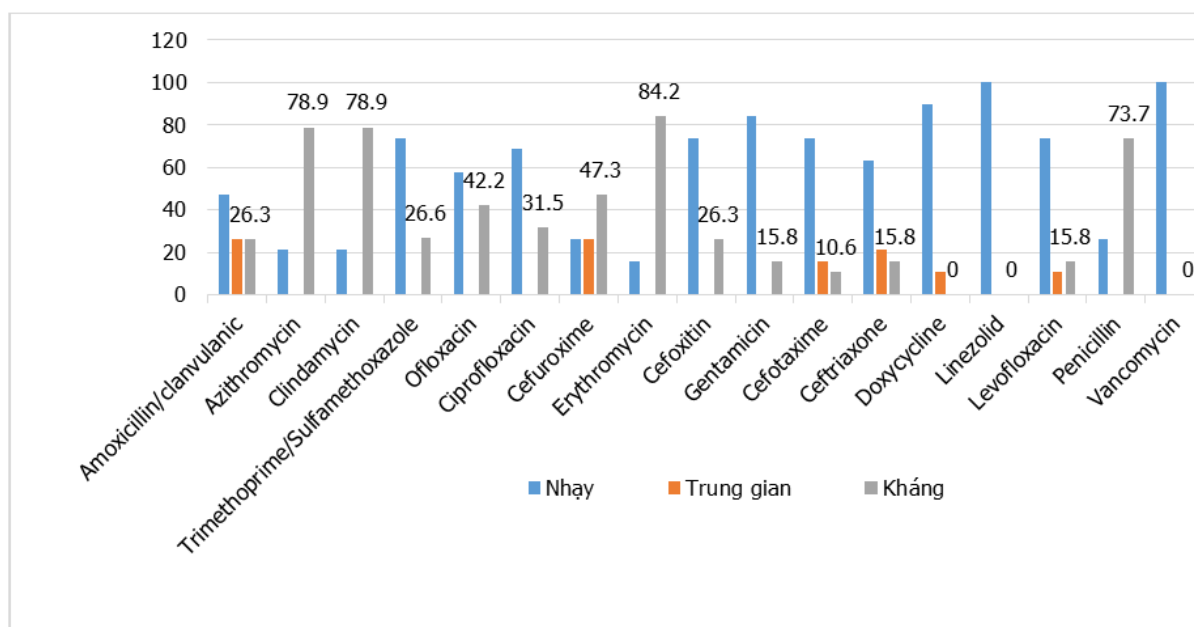


Biểu đồ 1: Mức độ thường gặp của các vi khuẩn gây bệnh (%)

Nhận xét: Loại vi khuẩn thường gặp tại bệnh viện khi phân lập:

- Nhóm cầu khuẩn gram (+) *S. aureus* chiếm 23.0%.
- Trục khuẩn gram (-) trong đó vi khuẩn *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất 41,1% và thấp nhất là *Enterobacter spp* chiếm tỷ lệ 4,7%.
- Nhóm trục khuẩn gram âm không lên men đường *P.aeruginosa* (9.8%) và *Acinetobacter* (9.3%).

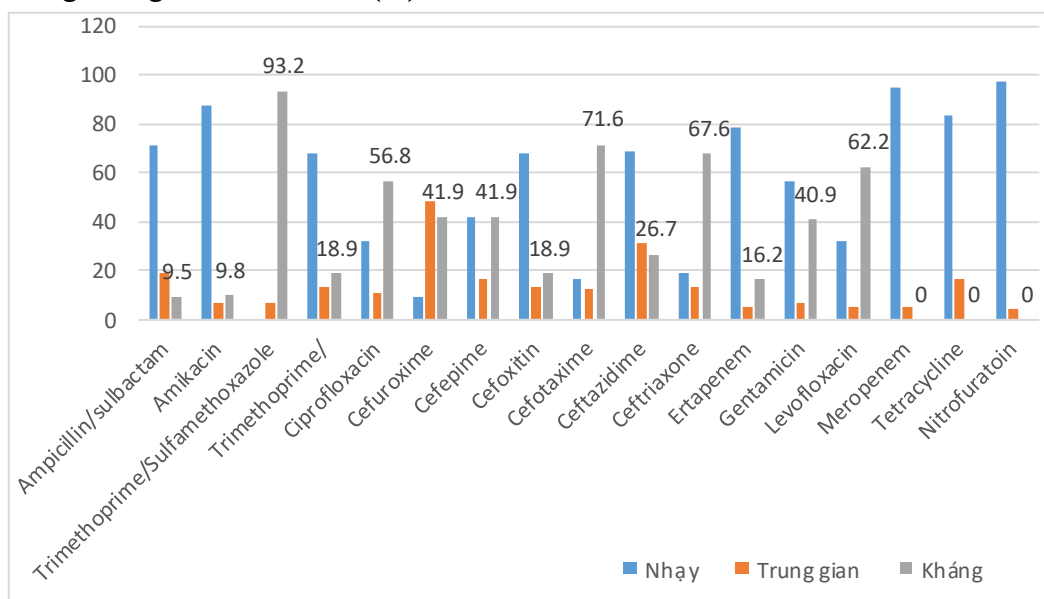
* Đề kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*



Biểu đồ 2: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus* (%)

Nhận xét: *S.aureus* đề kháng cao nhất với Erythromycin chiếm 84,2%; Azithromycin và Clindamycin chiếm 78,9%; Penicillin chiếm 73,7%, Cefuroxime chiếm 47,3%.

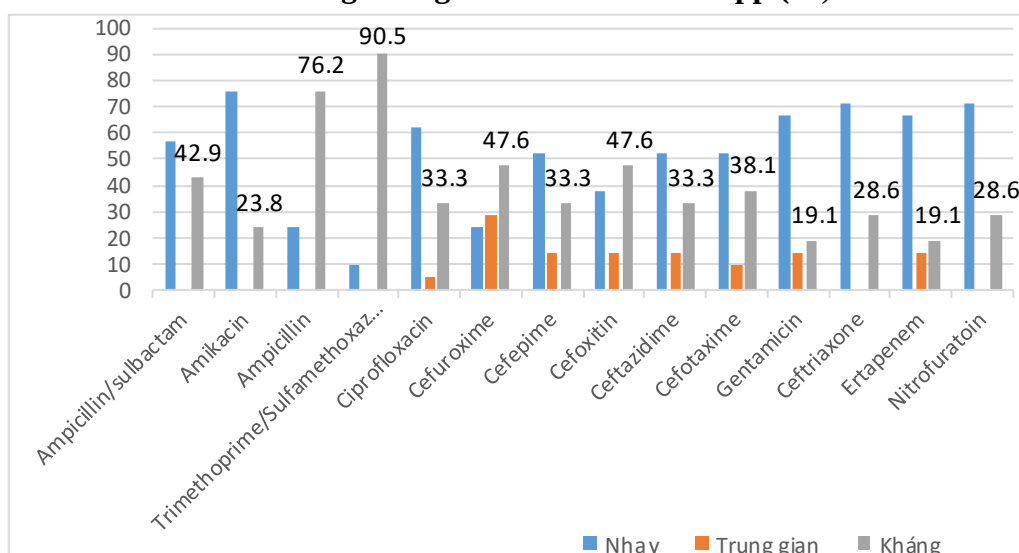
* Đề kháng kháng sinh của E.coli (%)



Biểu đồ 3: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của E.coli (%)

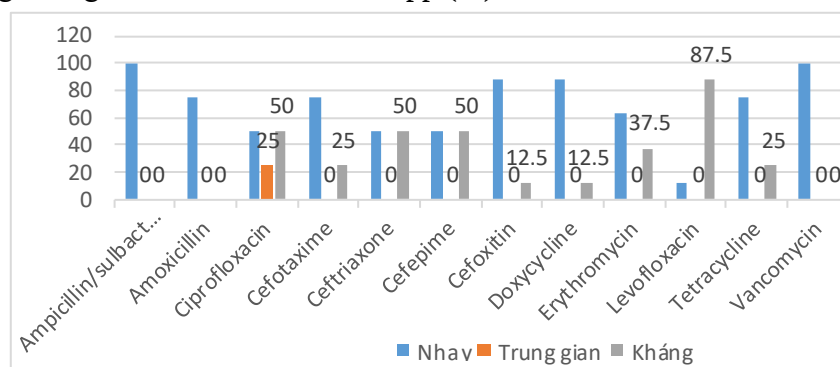
Nhận xét: E.coli đề kháng cao với các loại kháng sinh như: nhóm kháng sinh Cephalosporin - Cefotaxime chiếm 71,6%, Ceftriaxone 67,6%, nhóm Quinolon - Ciprofloxacin 56,8%, Levofloxacin chiếm 62,2%. Nhóm Sulfamid - Trimethoprim/sulfamethoxazole 93,2%.

* Đề kháng kháng sinh của Klebsiella spp (%)

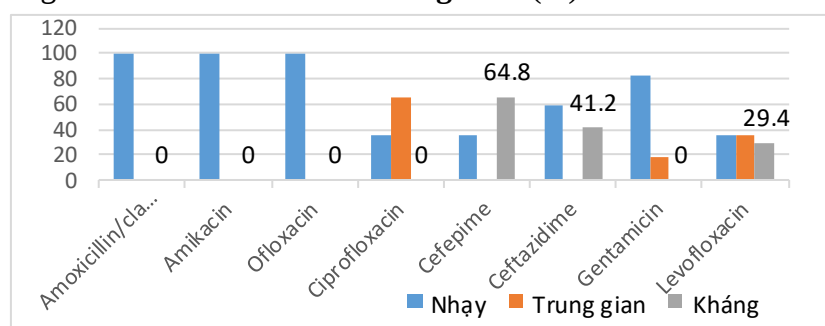


Biểu đồ 4: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh Klebsiella spp (%)

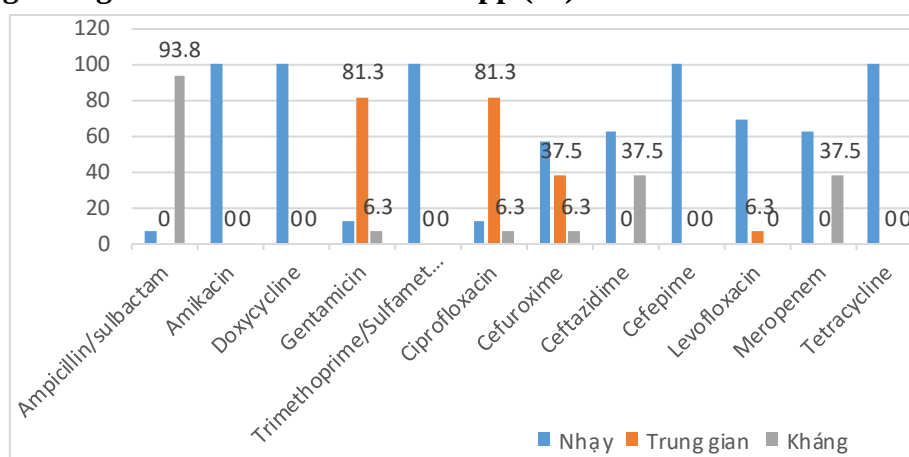
Nhận xét: Klebsiella spp đề kháng cao với các loại kháng sinh như nhóm kháng sinh Sulfamid - Trimethoprim/ Sulfamethoxazole chiếm 90,5%. Đề kháng Ampicillin chiếm 76,2%. Nhóm Cephalosporin - Cefuroxime 47,6%, Cefoxitin 47,6%, Cefotaxime 38,1%.

* Đề kháng kháng sinh của *Enterobacter spp* (%)**Biểu đồ 5: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh *Enterobacter spp* (%)**

Nhận xét: *Enterobacter spp* đề kháng sinh thông thường với các loại kháng sinh như Penicillin chiếm 87,5%, Cefotaxime, Cefepime, Cefoxitin chiếm 50%.

* Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* (%)**Biểu đồ 6: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh *Pseudomonas aeruginosa* (%)**

Nhận xét: *P.aeruginosa* đề kháng cao với Cefepime 64,8%, Ceftazidime 41,2%.

* Đề kháng kháng sinh của *Acinetobacteria spp* (%)**Biểu đồ 7: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh *Acinetobacteria spp***

Nhận xét: *Acinetobacteria spp* đề kháng cao với kháng sinh Ampicillin/sulbactam chiếm 93.8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 250 mẫu thì có 173 mẫu được chọn nghiên cứu chiếm tỷ lệ (69,2%). Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nước tiểu chiếm tỷ lệ 41,1%, tỷ lệ này cao hơn so với mẫu nước tiểu của tác giả Trần Bích Hợp năm 2019 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai là 12,5%. Mẫu đàm 53/173 mẫu chiếm 30,6% tỷ lệ này thấp hơn tác giả Cao Minh Nga của Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp HCM năm 2012 chiếm 77,79% [3].

Nhóm cầu khuẩn gram dương *S.aureus* chiếm 23,0% thấp hơn so với tác giả Đặng Ngọc Thủy năm 2019, tại Bệnh viện Đa khoa Phúc Yên là 26,5%. Nhóm vi khuẩn đường ruột chiếm tỷ lệ cao tương ứng với tỷ lệ 57,9% nhưng vẫn thấp hơn so với tác giả Trần Bích Hợp năm 2019 Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai chiếm 59,7%. Trục khuẩn không lên men đường chiếm tỷ lệ thấp hơn 19,1% phân bố chủ yếu 2 loại vi khuẩn *P.aeruginosa* (9,8%) và *Acinetobacter* spp (9,3%) là hai loại vi khuẩn nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ này cao hơn Bệnh Viện Hoàn Mỹ Đồng Nai vi khuẩn *P.aeruginosa* (3,8%) và *Acinetobacter* spp (2,5%) [2],[5].

* Mức độ đề kháng kháng sinh của cầu khuẩn gram dương

S. aureus là vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất nhóm cầu khuẩn gram dương chiếm tỷ lệ 23.0% trong tổng số vi khuẩn phân lập được. *S.aureus* đề kháng cao nhất với Erythromycin chiếm 84,2% thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Bích Hợp năm 2019 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai, trong đó Erythromycin chiếm 86,7% [2].

***Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm vi khuẩn đường ruột (*Ecoli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp).**

E.coli là trục khuẩn Gram(-) đề kháng kháng sinh như Cefotaxime chiếm 71,6%,

Ceftriaxone chiếm 67,6%, Levofloxacin 62,2%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu tác giả Đặng Ngọc Thủy năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa Phúc Yên [5].

Hầu hết các chủng *Klebsiella* spp trong nghiên cứu này tỷ lệ kháng cao với kháng sinh phối hợp với chất ức chế beta-lactamase như Trimethoprim/Sulfamethoxazole chiếm 90,5%, Amipicillin chiếm 76,2%.

Enterobacter spp đề kháng thông thường với các loại kháng sinh như Penicillin chiếm 87,5%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vĩnh Nghi năm 2017 tại Bệnh Viện Đa Khoa Ninh Thuận [4].

* Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm trục khuẩn gram âm không lên men đường (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacteria* spp)

P.aeruginosa đề kháng với Cefepime chiếm 64,8% phù hợp với nghiên cứu tác giả Nguyễn Vĩnh Nghi năm 2017 tại Bệnh Viện Đa Khoa Ninh Thuận [4].

Acinetobacteria spp đề kháng cao với kháng sinh Ampicillin/sulbactam chiếm 93,8%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu tác giả Đặng Ngọc Thủy năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa Phúc Yên [5].

V. KẾT LUẬN

Các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở Bệnh Viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2:

- Vi khuẩn Gram(+) chủ yếu là *S. aureus* chiếm 23.0%. *S. aureus* đề kháng cao Erythromycin 84,2%, Azithromycin, Clindamycin chiếm 78,9%, Penicillin 73,7%.

- Nhóm trục khuẩn Gram(-) là các vi khuẩn chủ yếu gây bệnh trong đó thường gặp cao nhất là vi khuẩn *E.coli* chiếm tỷ lệ 41,1%, *E.coli* đề kháng cao với các loại kháng sinh như: Trimethoprim/sulfamethoxazole chiếm

93,2%, Cefotaxime chiếm 71,6%, Gentamicin chiếm 56,3%. *Klebsiella* spp chiếm 12,1%, *Klebsiella* spp đề kháng mạnh nhất với Trimethoprim/sulfamethoxazole chiếm 90,5% và Ampicillin chiếm 76,2%. *Enterobacter* spp chiếm (4,7%). *Enterobacter* spp đề kháng Penicillin chiếm 87,5%.

- Nhóm trực khuẩn gram âm không lên men đường như: *P.aeruginosa* chiếm 9,8%, *P.aeruginosa* đề kháng với Cefepime chiếm 64,7%. *Acinetobacter* spp chiếm 9,3%. *Acinetobacteria* spp đề kháng cao với Ampicillin/sulbactam chiếm 93,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kỹ thuật vi sinh lâm sàng**, ban hành kèm theo quyết định số 3480/ QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2016.
2. **Trần Bích Hợp, Đoàn Thị Thanh Tâm (2019)**, “Khảo sát đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh phân lập tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Đồng Nai từ tháng 4/2016 đến 4/2018” Tạp chí y học thực hành (1116) số 11/2019, tr77-83.
3. **Cao Minh Nga và Cs (2013)**, “Sự kháng thuốc của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Đại Học Y Dược TP,HCM-HNKHKT lần thứ 30, chuyên đề nội khoa I, Y học TPHCM tập 17, phụ lục số 1,2013, tr.272-278
4. **Nguyễn Vĩnh Nghi (2017)** Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của các dòng vi khuẩn thường gặp tại Bệnh Viện Đa Khoa Ninh Thuận, Tạp chí y học thực hành tập 11, số 19, tr.16-19.
5. **Đặng Ngọc Thủy (2019)** “nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn Bệnh viện tại Bệnh viện Đa Khoa khu vực Phúc Yên” Luận văn thạc sĩ động vật học, tr42-47.
6. **Adjei M.A. (2010)**, A retrospective evaluation of Ciprofloxacin use at Kwame Nkrumah University of Science and Technology (Knust) Hospital, Kumasi, pp. 18 - 19.
7. **Brusaferro S., Arnoldo L., Cattani G., Fabbro E., Cookson B., Gallagher R., HartemannP., Holt J., Kalenic S., Popp W., PriviteraG., Prikazsky V., Velasco C., Suetens C., Varela S., 2015**, Harmonizing and supporting infection control training in Europe. J Hosp Infect, 89(4), pp. 351-2510.
8. **CLSI, (2018)** Performance standards for Antimicrobial Susceptibility testing, Supplement M100. Wayne, PA clinical and laboratory standards Institute, Vol39 N1.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁN SỎI SỎI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG HOLMIUM LASER TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ QUỐC TẾ ĐỒNG NAI TỪ 4/2019 - 5/2020

Đặng Đức Hoàng, Bùi Khắc Thái và cs khoa ngoại.

TÓM TẮT

➤ **Đặt vấn đề và mục tiêu:** Sỏi hệ tiết niệu là một bệnh phổ biến. Điều trị sỏi tiết niệu hiện nay có nhiều phương pháp mới ít xâm hại đã được áp dụng phổ biến nói chung, riêng đối với sỏi niệu quản được đa số chỉ định điều trị tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Laser...^[7]

➤ Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả điều trị, những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả và tỷ lệ tai biến, biến chứng của phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng Holmium YAG Laser.

➤ **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tất cả các bệnh nhân bị sỏi niệu quản có chỉ định tán sỏi.

➤ **Phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu mô tả, cắt ngang.

➤ **Kết quả:** Có 108 bệnh nhân, Tuổi trung bình 43 tuổi, nam giới chiếm đa số (Nữ / nam : 2/3), sỏi nằm bên phải hay trái với tỷ lệ tương đương. Sỏi vị trí 1/3 dưới chiếm tỷ lệ nhiều nhất (67,6%); Kích thước sỏi trung bình 8,34mm; Kết quả : Tốt 92,6%. Thất bại 8 ca (7,4%), do nguyên nhân hẹp khít niệu quản đa số. Sỏi niệu quản 1/3 dưới có kết quả thành công cao nhất (98%). Biến chứng sau mổ hay gặp là tiểu máu (38%), đau (11%), tự khỏi sau 1-2 ngày.

➤ **Kết luận:** Phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi bằng Laser có tỷ lệ thành công cao ; biến

chứng ít và nhẹ. Đây được xem là phương pháp điều trị sỏi niệu quản ít xâm lấn.

SUMMARY

EVALUATE RESULT'S URETER REVERSE LITHOTRIPSY BY HOLMIUM LASER AT HOAN MY DONG NAI INTERNATIONAL HOSPITAL 4/2019-5/2020

➤ **Subject and goal:** Urinary tract stones are a common disease. In the treatment of urinary stones, there are many new and less invasive methods that have been widely applied in general, especially ureteral stones, which are mainly indicated for URL... [7]

We conducted the project to evaluate the treatment results, the factors affecting the outcome and the rate of complications of the Holmium YAG URL, at Hoan My Hospital. , Dong Nai international, from 4/2019 -5/2020.

➤ **Research method:** descriptive, cross-sectional.

➤ **Results:** There were 108 patients, the average age was 43 years old, the majority of men (Female / male: 2/3), right or left stones with the same rate. Stone in the lower third position accounts for the highest proportion (67.6%); The average size of stone is 8.34mm; The result: 92,6% good. 08 cases (7.4%) failed, due to the majority of ureteral stenosis. The lower third ureter stone had the highest success (98%). Common postoperative complications are hematuria (38%), pain (11%), spontaneously resolved after 1-2 days.

➤ **Conclusion:**

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc tế Đồng Nai*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đức Hoàng
Email: hoangdd@bvquocetdongnai.com
Ngày nhận bài: 13/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 21/10/2020
Ngày duyệt bài: 31.10.2020

Laser laparoscopic ureteral lithotripsy has a high success rate (92.6%); Complications are few and mild. This is considered a less invasive treatment for ureteral stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi hệ Tiết niệu là một bệnh phổ biến, theo thống kê có 30 - 40% số bệnh nhân bị sỏi trong bệnh lý hệ Tiết niệu, trong đó sỏi niệu quản chiếm đến 28 - 40%.^{[6],[8]}

Theo Ngô Gia Hy, phần lớn sỏi niệu quản là do sỏi thận rơi xuống (80%)^[2], còn lại là sỏi sinh ra tại chỗ do dị dạng, hẹp niệu quản. Sỏi niệu quản khi bít tắc niệu quản sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm (ứ nước, ứ mủ đài - bể thận), nếu không được điều trị sớm có thể dẫn tới nhiễm khuẩn, vô niệu, suy thận, thậm chí tử vong ... Trước đây điều trị sỏi niệu quản đoạn trên có hai phương pháp, điều trị nội khoa nếu sỏi nhỏ, tiên lượng có thể ra theo đường tự nhiên. Điều trị ngoại khoa mổ mở lấy sỏi niệu quản khi điều trị nội khoa thất bại hoặc sỏi to hay sỏi niệu quản có biến chứng. Nhược điểm của phương pháp mổ mở này là bệnh nhân đau để lại sẹo và thời gian nằm viện kéo dài.

Từ cuối thế kỷ XX có nhiều phương pháp can thiệp sỏi niệu quản ít sang chấn ra đời đã và đang được áp dụng để điều trị sỏi niệu quản đoạn trên như: tán sỏi ngoài cơ thể, mổ nội soi lấy sỏi ngoài phúc mạc, tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng với ống kính nội soi bán cứng hoặc ống mềm, phương pháp này đang ngày càng chiếm ưu thế và được áp dụng phổ biến vì nó có rất nhiều ưu điểm tận dụng các lỗ tự nhiên, thẩm mỹ do không để lại sẹo, bệnh nhân ít đau sau thủ thuật, thời gian nằm viện ngắn, hạn chế được tối đa các tai biến và biến chứng vì trong quá trình tán sỏi được quan sát trực tiếp

Điều trị sỏi tiết niệu hiện nay có nhiều phương pháp mới ít xâm hại đã được áp dụng phổ biến nói chung, riêng đối với sỏi niệu quản được đa số chỉ định điều trị tán sỏi nội soi ngược dòng niệu quản với các nguồn làm phá vỡ sỏi như: Xung hơi, cơ học, điện thủy lực, siêu âm, laser...^[7]

Năm 1912, Hugh H. Young là người đầu tiên soi niệu quản bằng cách dùng một máy soi bàng quang đưa vào một miệng niệu quản bị dẫn nở do trào ngược ở một bệnh nhân valve niệu đạo sau.

Năm 1964, Victor F. Marshall bắt đầu soi niệu quản bằng máy soi mềm, sau đó Lyon và Goodman lần lượt công bố những công trình đầu tiên về soi niệu quản chẩn đoán với máy soi cứng.

Năm 1980, Perez Castro và Martinez Piniero là hai tác giả đầu tiên soi niệu quản lấy máy soi niệu quản cứng 11F của hãng Karl – Storz.

Bapat S (2006) sử dụng máy soi niệu quản - thận ống mềm loại 7 Fr và máy tán sỏi laser holmium điều trị 29 bệnh nhân sỏi thận, cho kết quả: 24 trường hợp hết sỏi, 3 trường hợp máy soi không tiếp cận được sỏi do sỏi nằm ngoài hệ thống đài bể thận .

Albert J. Mariani (2007) sử dụng kết hợp máy tán sỏi điện thủy lực và laser holmium tán sỏi thận có kích thước lớn (> 4 cm) cho kết quả khả quan: 15/17 trường hợp (88%) hết sỏi. Tác giả cho rằng đây là một phương pháp điều trị ít tai biến - biến chứng và kết quả có thể so sánh với PCNL

Tại Việt Nam, nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi đã được thực hiện từ những năm 80. Tuy nhiên phải tới những năm đầu của thế kỷ 21, kỹ thuật này mới thực sự phát triển mạnh, giữ vai trò chính trong điều trị sỏi niệu quản.^{[7],[8]}

Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Laser, tại bệnh viện Hoàn Mỹ, quốc tế Đồng Nai.

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị, những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả và tỷ lệ tai biến của phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng Laser Holmium.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Cơ mẫu

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

Z:1,96 (độ tin cậy 95%); P :0,5; d : 0,1 (n: 97)

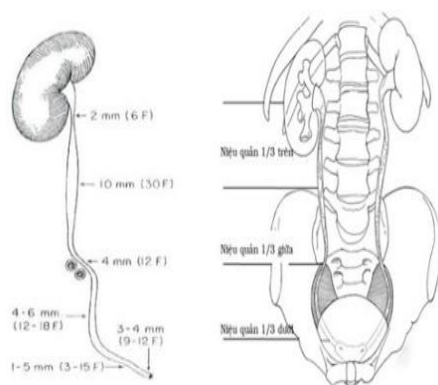
Mẫu của chúng tôi **108** ca

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh :

- Bệnh nhân có sỏi niệu quản, kích thước $\geq 5\text{mm}$ và $\leq 25\text{mm}$.
- Sỏi niệu quản nhỏ hơn 5mm nhưng điều trị nội khoa thất bại .
- Đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.
- Theo dõi được bệnh nhân qua lần tái khám 1-2 tháng sau tán, bằng siêu âm, KUB.

3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chống chỉ định ngoại khoa (Rối loạn đông máu, không gây tê hay mê được...)
- Nhiễm trùng tiết niệu .



Hình 3 : Các đoạn hẹp và độ cong của niệu quản

4. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp tiền cứu mô tả, cắt ngang.

5. Qui ước:

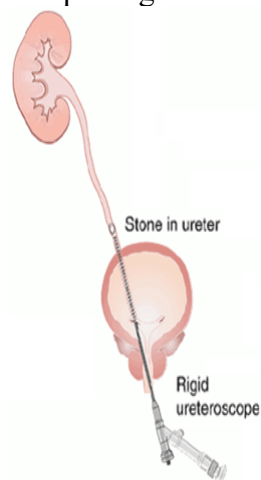
Niệu quản: 1/3 trên: từ khúc nối bể thận – mào chậu trước trên.

1/3 giữa : từ mào chậu trước trên – khớp cùng chậu dưới.

1/3 dưới: từ khớp cùng dưới chậu trở xuống.

6. Phương tiện dụng cụ :

- Máy tán sỏi laser HD-Reyken
- Ống soi niệu quản bán cứng Thomson - Taiwan.
- Hệ thống màn hình, camera...
- Hệ thống bơm nước có điều chỉnh được áp lực.
- Sử lý số liệu SPSS.20.0
- Kiểm định các biến số bằng kiểm Chi bình phương, hồi qui Logistic đa biến.



7. Kỹ thuật tán sỏi:

- ✓ Quy trình kỹ thuật tán sỏi
- ✓ Vô cảm: gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.
- ✓ BN nằm tư thế sản phụ khoa. Rửa, sát trùng vùng mổ.
- ✓ Đặt máy soi vào niệu quản theo guide wire.
- ✓ Tiếp cận sỏi.

✓ Tán sỏi bằng Laser.

Dùng basket bắt các mảnh sỏi lớn. Các mảnh sỏi nhỏ $\leq 2\text{mm}$ có thể không cần lấy để tự đào thải qua đường tự nhiên.

Đặt thông niệu quản hoặc DJ.

Đặt thông tiểu lưu kết thúc cuộc mổ.

Hậu phẫu

Chụp XQ KUB, Siêu âm sau 4 – 8 tuần đánh giá kết quả sạch sỏi và rút JJ theo hẹn..

8. Đánh giá kết quả:

- Sạch sỏi: Sỏi được tán vỡ được lấy hết hay chỉ còn những mảnh sỏi $< 2\text{mm}$.

- Kết quả tốt: Tán vỡ và lấy hết các mảnh vụn, không có tai biến, biến chứng.

- Kết quả khá: Tán vỡ và lấy hết sỏi, nhưng có tai biến kỹ thuật mức độ nhẹ (xước niêm mạc, chảy máu nhẹ, biến chứng sau mổ nhẹ).

- Kết quả kém (thất bại): không sạch sỏi, không tiếp cận đc sỏi; có tai biến kỹ thuật, chuyển phương pháp mổ hoặc cần phối hợp thêm phương pháp khác để làm sạch sỏi, có biến chứng nặng nề sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 108 bệnh nhân được đưa vào lô nghiên cứu. trong đó có 07 ca viêm đài bể thận (6,5%); 03 ca sỏi trên bệnh nhân mang thai (16 -25 tuần) (2,8%); 02 ca sỏi niệu quản sau tán sỏi ngoài cơ thể (1,8%); 02 trường hợp có sỏi niệu quản 2 bên.

1. **Tuổi:** $43,78 \pm 12,7$ (8-82)

2. **Giới tính:** Nam 65 (60,2%) , Nữ 43 (39,8%)

3. **Vị trí bên có sỏi :** Phải 50 ca (46.3%), Trái 58 ca (53,7%)

4. **Vị trí sỏi trên niệu quản:**

Vị trí sỏi	Tần suất	%
1/3 Trên	5	4,6
1/3 Giữa	30	27,8
1/3 Dưới	73	67,6

5. Số lượng sỏi trên film X-quang

Số lượng sỏi	Tần số	%
1	100	92,6
2	4	3,7
3	3	2,8
4	1	0,9

6. Có Sỏi thận cùng bên kết hợp.

Sỏi kết hợp cùng bên	Tần số	%
Không	65	60,2
Có	43	39,8

7 **Kích thước sỏi trên siêu âm :** $8,34 \pm 3,37\text{mm}$ (3-22mm)

8. Mức độ ứ nước thận trên siêu âm:

Độ ứ nước	Tần suất	%
Không	2	1,9
Độ I	84	77,8
Độ II	18	16,7
Độ III	4	3,7

9. Hình thái lòng niệu quản thấy khi soi:

Hình thái N.q	Tần suất	%
Bình thường	57	52,8
Phù nề	17	15,7
Polip	9	8,3
Hẹp	25	23,1

(N.q : niệu quản)

10. Tổng phân tích nước tiểu: hồng cầu, bạch cầu.

Bảng lượng hồng cầu/ nước tiểu (nt)

Hồng cầu/nt	Tần Suất	%
0	26	24,1
10	4	3,7

25	10	9,3
50	8	7,4
100	2	1,9
150	16	14,8
200	3	2,8
250	38	35,2
350	1	0,9

Bảng lượng bạch cầu/ nước tiểu.

Bạch cầu/nt	Tần Suất	%
0	55	50,9

2	1	0,9
15	1	0,9
25	28	25,9
100	7	6,5
150	4	3,7
500	12	11,1

11. Xét nghiệm chức năng thận: trị số Creatinine >100 $\mu\text{mol/l}$ (30 ca # 27,7%)

12. Thời gian tán sỏi T: 24,5 phút (5 - 190')

Bảng 1 : thời gian tán sỏi – các đặc tính của sỏi, hình thái lòng Nq:(hồi qui Logistic đa biến)

Đặc tính sỏi	B	Std. Error	Beta	p
Vị trí sỏi Nq	-1,512	3,294	-,039	,647
Số lượng sỏi	3,911	4,106	,082	,343
Kích thước sỏi	3,310	,574	,498	,000
Hình thái lòng Nq	4,578	1,488	,254	,003

13.Nguyên nhân gây thất bại và phương pháp phối hợp:

Chạy sỏi	Niệu quản gấp góc	Hẹp niệu quản
ESWL (2) (4,6%)	Mở mở (1) (0,09%)	* Xẻ rộng NQ + ESWL(3) * NSHL (2) (1,85%)

(ESWL : tán sỏi ngoài cơ thể; NSHL : nội soi hông lưng.)

14.Đặt sonde DJ 100%, đặt thời gian 1 tuần 10%, còn lại đặt 4-6 tuần (90%)

15. Tai biến và biến chứng:

Tai biến trong mổ	Tần số	%
Không	97	89,8
Xuộc Nq	9	8,3
Xuyên thành Nq	2	1,9
Biến chứng Sau mổ	Tần số	%
Không	52	48,1
Sốt	3	2,8
Tiểu máu	41	38,0
Đau	12	11,1

16 .Thời gian nằm viện : 3,01 + 1,08 ngày (1-7)

Bảng 2: Liên quan giữa vị trí sỏi và kết quả:

Vị trí sỏi/ niệu quản	Kết quả			χ^2 P= 0,014
	Tốt	Khá	Kém	
1/3 trên	4 (3,7%)	0(0%)	1(0,9%)	
1/3 giữa	21(19,4%)	3(2,8%)	6(5,6%)	
1/3 dưới	64(59,3%)	8(7,4%)	1(0,9%)	

Bảng 3: Giữa hình thái lòng niệu quản – kết quả

Hình thái lòng niệu quản	Kết quả			Kiểm định / P χ^2 P= 0,001
	Tốt	Khá	Kém	
Bình thường	54(50%)	3(2,8%)	0	
Phù nề	14(13,9%)	2(1,9%)	0	
Polip	6(7,4%)	2(1,9%)	1(0,9%)	
Hẹp	14(13%)	4(3,7%)	7(6,5%)	

Bảng 4: Các yếu tố không liên quan đến kết quả (hồi qui logistic đa biến)(p>0.05)

			Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
Tuổi	,006	,005	,136	1,341	,183
Độ ứ nước	,127	,122	,117	1,044	,299
Số lượng sỏi	,057	,122	,045	,464	,643
Kích thước sỏi	,015	,019	,088	,814	,418
Giới tính	-,145	,084	-,143	1,727	,087

Các yếu tố như tuổi; giới tính; độ ứ nước của thận; số lượng sỏi; kích thước sỏi, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.(p> 0,05)

IV. BÀN LUẬN

- Có 108 bệnh nhân trong lô nghiên cứu.
- Tuổi trung bình 43 tuổi, nam giới chiếm đa số (Nữ / nam : 2/3), sỏi niệu quản bên phải hay trái với tỷ lệ tương đương.
- Trong 108 bệnh nhân có 07 ca có tình trạng viêm đài bể thận nặng (5,6%), cần phải điều trị nội khoa ổn định rồi sau đó mới tiến hành tán sỏi; Có 03 trường hợp (2,8%) bị sỏi / thai (16-25 tuần) gây cơn đau quặn thận không đáp ứng điều trị nội khoa; Có 02 ca (1,85%) sỏi niệu quản (steintrase) sau tán

sỏi thận ngoài cơ thể; 02 trường hợp có sỏi niệu quản 2 bên.

- Sỏi nằm vị trí 1/3 dưới chiếm tỷ lệ nhiều nhất (67,6%). Tương đương với tác giả Vũ; Tuấn; Minh^{[1][4][5]}

• Đa phần bệnh nhân chỉ có 1 viên sỏi ở niệu quản (92%) và hơn 40% có kèm sỏi nằm trên thận cùng bên.

- Kích thước sỏi trung bình 8,34mm (3-22mm) và thận bị ứ nước mức độ 1 là gặp nhiều nhất (77,8%).

• Hình thái lòng niệu quản thấy lúc soi : bình thường 52,8% và có 23% có hẹp lòng niệu quản.

• Hơn 72% bệnh nhân có hồng cầu trong nước tiểu, trong đó khoảng 1/3 có tiểu máu đại thể. Hơn 50% có số bạch cầu trong nước tiểu trong giới hạn bình thường.

• Hơn 27,7% bệnh nhân có chỉ số Creatinine >100μmol/l.

• Thời gian tán sỏi trung bình 25 phút (5-190'). Thời gian này phụ thuộc chủ yếu vào kích thước của viên sỏi. ($p < 0,05$) và hình thái lòng niệu quản, niệu quản bị phù nề hay hẹp sẽ làm thời gian tán sỏi kéo dài hơn ($p=0,003$). [bảng 1]

• Thời gian điều trị trung bình 03 ngày.

• Kết quả : Tốt 92%. Có 08 ca (7,4%) thất bại, trong đó 02 ca (1,85%) do **Sỏi Chạy** ngược lên trên thận; 01 ca niệu quản bị **Viêm Dính Gập Góc** nhiều, không tiếp cận được sỏi; 05 ca (4,6%) bị hẹp khít lòng niệu quản, không thể lên được máy soi, không tiếp cận được sỏi. Các ca này cần phối hợp thêm phương án khác để làm sạch sỏi : xé rộng nang niệu quản rồi sau đó tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung 05 ca; Mở Mở 01; Nội Soi Sau Phức Mạc 02.

• Sỏi niệu quản 1/3 dưới có kết quả thành công cao nhất (98%), đoạn sỏi 1/3 trên và

giữa có kết quả thành công thấp nhất. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p= 0.014$), kết quả tương tự với một số tác giả khác. Điều này cũng dễ hiểu , vì sỏi đoạn 1/3 dưới dễ tiếp cận được , thứ nhất do sỏi nằm thấp, thứ hai, giả sử có chạy sỏi thì chúng ta có cơ hội lên máy theo kịp để bắt giữ được sỏi. Còn sỏi đoạn 1/3 trên- giữa thường dễ bị chạy lên vào trong thận, chúng ta không kịp bắt giữ được sỏi. Đây là nhược điểm của ống soi niệu quản cứng, vấn đề này sẽ được giải quyết, khắc phục bằng ống nội soi mềm, vì ống soi này có thể soi được vào bên trong xoang thận và sẽ tán được sỏi.

• Đa số không gặp biến chứng gì nguy hiểm trong mổ (97%) . Chúng tôi gặp 02 ca (1,85%) bị xuyên thành niệu quản. Một ca cần phải mổ nội sau sau phúc mạc để sửa lại niệu quản và lấy sỏi; một ca chỉ cần đặt sonde JJ và tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung sau đó. Các trường hợp này đều ổn định.

• Hình thái lòng niệu quản ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả tán sỏi. Đặc biệt khi lòng niệu quản bị hẹp khít, chúng tôi không thể tiếp cận và tán được sỏi. Nguyên nhân này làm tỷ lệ thất bại cao nhất, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. (bảng 2, $p= 0,001$).

Bảng 5: Đối chiếu với một số tác giả:[1][3][4][5][9][10]

Tác giả	Thất bại	Chạy sỏi	Xuyên thành nq	Hẹp nq
Lê Đình Vũ & cs (2014)/ 530 ca.	3,8%	2,3%		1,5%
Nguyễn Kim tuần (2014)/ 1579 ca	7,6%	5,4%	2,2%	
Jiang H & cs (2007)/697 ca	7,8%	7%	0,8%	

Subhani (2009)/540 ca	9,6%	5,7%	0,2%	
Chúng tôi	7,4%	1,85%	1,85%	4,6%

• Tỷ lệ chạy sỏi lên thận, chúng tôi gặp ít hơn do chúng tôi dùng hệ thống chỉnh được áp lực nước bơm trong lúc tán một cách chủ động, ngăn ngừa tình trạng bơm nước với áp lực quá cao, dễ đẩy sỏi chạy lên vào thận; thứ hai là chủ động kê tư thế dốc : đầu cao - mông thấp để hạn chế vấn đề chạy sỏi.

• Các yếu tố như số lượng sỏi, kích thước sỏi, tuổi, giới tính, độ ứ nước thận không có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. (hồi qui logistic đa biến, $p > 0,05$.)

• Sau mổ, đa phần bệnh nhân có triệu chứng tiểu máu (38%) kéo dài 1-2 ngày rồi ổn. Triệu chứng đau cũng hết sau 1-2 ngày (11%), chỉ cần dùng thuốc giảm đau thông thường.

• Chúng tôi đặt sonde JJ tất cả các ca. Với mục đích lành vết thương niệu quản tốt, tránh gây sẹo dính, gây hẹp niệu quản. và tránh tình trạng gây cơn đau quặn thận do cục máu đông hay sỏi sót sau mổ. Vấn đề đặt và không đặt sonde JJ này còn nhiều ý kiến khác nhau, chưa thống nhất.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium Laser có tỷ lệ thành công cao (92,6%), kết quả này phụ thuộc vào vị trí sỏi trên niệu quản và hình thái niệu quản. Kỹ thuật tán sỏi gây biến chứng ít và nhẹ, chủ yếu tiểu máu và đau sau mổ với mức độ nhẹ,

tự hết sau một hai ngày. Thời gian nằm viện ngắn. Giảm chi phí điều trị.

Do có nhiều ưu điểm trong điều trị nên phương pháp có tính khả thi cao. Với ưu điểm tán sỏi của laser như trên chúng tôi sẽ tiếp tục thực hiện **Tán Sỏi Bằng Ống Nội Soi Mềm** để khắc phục một số giới hạn của ống soi cứng trên, nên sẽ đạt được kết quả tốt hơn nữa, đặc biệt là trường hợp sỏi ở niệu quản trên, sỏi trong thận, góp phần làm giảm tỉ lệ mổ hở, gây nhiều tổn thương xâm lấn cho bệnh nhân và làm giảm tỉ lệ thất bại do chạy sỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Vũ, Tô Hoài Phương và CS (2014), “Tai biến và biến chứng trong tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng Laser Holmium: Kinh nghiệm 500 trường hợp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa”. Tạp chí y dược học, Đặc san hội nghị khoa học thường niên lần thứ VIII hội Tiết niệu thận học Việt Nam, tr 87-91.
2. Ngô Gia Hy (1980). Sỏi cơ quan tiết niệu, Niệu học, Nhà xuất bản Y học, 1, 50-146
3. Nguyễn Bửu Triều (2003). Tán sỏi niệu quản qua nội soi, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 7-14.
4. Nguyễn Kim Tuấn, Hoàng Văn Tùng, Lê Đình Khánh và cs (2014), “Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser tại bệnh viện trung ương Huế, Tạp chí y dược học, Đặc san hội

- ngệ khoa học thường niên lần thứ VIII hội Tiết niệu thận học Việt Nam, tr 178- 182.
5. **Hoàng Đức Minh, Nguyễn Xuân Dũng, Trương Vĩnh Quý, Nguyễn Văn Bình**, “Đánh giá an toàn và hiệu quả của nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng laser trong điều trị sỏi niệu quản, tại bệnh viện đa khoa Quảng Trị”, 23/11/2018.
 6. **Trần Văn Hình (2013)**. Dịch tễ học sỏi tiết niệu, Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 25-34
 7. **Trần Lê Linh Phương (2008)**. Chiến lược điều trị sỏi tiết niệu,” Điều trị sỏi niệu bằng phẫu thuật ít xâm lấn”, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 20-29.
 8. **Vũ Nguyễn Khải Ca (2007)**. Sỏi niệu quản, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr202-207.
 9. **Jiang H, Wu Z, Ding Q (2007)**, “Ureteroscopic treatment of ureteral calculi with Holmium YAG laser lithotripsy”, Journal of endourology, 21(2), p 151-154.
 10. **Subhani G.M, Javed S.H. et al (2009)**, : Outcome of retrograde Ureteroscopy for the Management of ureteric calculi: Four years experience”, P.M.C, Vol. 3, No.1, p 8-12.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VI KHUẨN ĐA KHÁNG THUỐC VÀ TUÂN THỦ CÁCH LY NGƯỜI BỆNH NHIỄM VI KHUẨN ĐA KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ ĐỒNG NAI NĂM 2020

Đào Ngọc Anh*, Lê Thị Cẩm Châu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu:

Vi khuẩn đa kháng thuốc kháng sinh (Multidrug-Resistant Organisms) là một thách thức không nhỏ với nền y tế của tất cả các quốc gia. Đề kháng kháng sinh diễn ra khắp nơi trên thế giới gây ảnh hưởng đến việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn và phá hủy nhiều thành tựu chăm sóc và điều trị y tế. Bên cạnh đó, vi khuẩn đa kháng thuốc kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng chi phí điều trị và gia tăng tử vong của người bệnh [2]. Ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn đa kháng thuốc đã không còn là cuộc chiến đơn độc của các nhà lâm sàng mà cần sự phối hợp của rất nhiều chuyên khoa và hệ thống quản lý, việc khẳng định được đối tượng người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng cần một khoảng thời gian nhất định cho xét nghiệm vi sinh và kháng sinh đồ vì vậy việc tổ chức cách ly cho những người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng còn gặp rất nhiều khó khăn và bất cập. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu tình hình vi khuẩn đa kháng thuốc và tuân thủ cách ly người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai năm 2020”.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ 115 người bệnh điều trị nội trú có kết quả xét nghiệm nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc

từ ngày 01/2020 đến tháng 07/2020 tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai.

Kết quả:

Người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc chủ yếu là người già trên 60 tuổi chiếm 59.1%. Vi khuẩn Gram dương đa kháng chiếm 60.87%, vi khuẩn Gram âm chiếm 38.13%. Vi khuẩn đa kháng (MDR) chiếm 87.83%, đa kháng diện rộng (XDR) chiếm 12.17% với 92.86% trong đó là vi khuẩn gram âm. Các vi khuẩn đa kháng gây nhiễm khuẩn chủ yếu là *Streptococcus Pneumoniae* (40.9%), *Staphylococcus Aureus* MRSA+ 19.1%, *Escherichia coli* ESBL+ 17.4%. Ở nhóm Beta-lactam, tỉ lệ kháng kháng sinh lên đến 100% với Ampicillin, Cefoxitin, Cefuroxime, Oxacillin và Penicillin. Tỷ lệ kháng thấp nhất ở nhóm Peptid với Colistin 0% và Vancomycin 4%.

Có 23.48% số trường hợp không thể khảo sát tuân thủ quá trình cách. Ở 76.5% người bệnh theo dõi được quá trình cách ly nội trú, có 69.3% được cách ly tại phòng riêng, 30.7% được cách ly tại giường. Các quy trình cách ly được tuân thủ cao nhất là vệ sinh tay, xử lý dụng cụ (100%), hạn chế di chuyển người bệnh đạt 90.91%, đánh dấu phòng bệnh kịp thời đạt 73.86%, bố trí thùng đựng chất thải hợp lý đạt 69.32%. Sử dụng đầy đủ phương tiện phòng hộ cá nhân là quy trình có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất chỉ đạt 26.14%.

Từ khóa: Vi khuẩn đa kháng.

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc tế Đồng Nai*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Anh
Email: anhndn@bvquocitedongnai.com
Ngày nhận bài: 22/10/2020
Ngày phản biện khoa học: 26/10/2020
Ngày duyệt bài: 31.10.2020

SUMMARY

**STUDY ON THE SITUATION OF
MULTIDRUG-RESISTANT ORGANISMS
AND COMPLIANCE WITH THE
ISOLATION OF PATIENTS INFECTED
WITH MDRO AT DONG NAI
INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2020**

Background:

Multidrug-Resistant Organisms (Multidrug-Resistant Organisms) represent a significant challenge to the health of all countries. Antibiotic resistance occurring around the world affects the treatment of infectious diseases and destroys many achievements in medical care and treatment. Besides, multidrug-resistant organisms prolong the inpatient treatment time, increase treatment costs, increase patient mortality [2]. Preventing the growth of multidrug-resistant organisms is no longer a problem for clinicians, but that requires the coordination of many medical specialists and management systems. Confirming the result of a patient infected with multi-resistant bacteria requires a certain period for microbiological and antibiotic testing so that the organization of isolation for patients infected with multidrug-resistant bacteria still faces many difficulties and shortcomings. Therefore, we carried out this research: "Study on the situation of Multidrug-resistant Organisms and compliance with the isolation of patients infected with MDRO at Dong Nai International Hospital in 2020".

Materials and method:

Cross-sectional descriptive research from all 115 inpatients to have test results to confirm infection with multidrug-resistant organisms from 01/2020 to 7/2020 at Dong Nai International Hospital.

Conclusion:

Multidrug Resistance (MDR) accounts for 87.83%, Extensive Drug Resistance (XDR) accounts for 12.17% with 92.86% of which are gram-negative bacteria. Multi-resistant bacteria that cause infections are mainly *Streptococcus*

Pneumoniae (40.9%), *Staphylococcus Aureus* MRSA + (19.1%) *Escherichia coli* ESBL+ (17.4%). In the Beta-lactam group, the antibiotic resistance rate is up to 100% with Ampicillin, Cefoxitin, Cefuroxime, Oxacillin, and Penicillin. The resistance rate was lowest in the Peptide group with Colistin 0% and Vancomycin 4%.

Keywords: Multidrug-Resistant Organisms, MDRO.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn đa kháng thuốc kháng sinh (Multidrug-Resistant Organisms) là một thách thức không nhỏ với nền y tế của tất cả các quốc gia. Đề kháng kháng sinh diễn ra khắp nơi trên thế giới gây ảnh hưởng đến việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn và phá hủy nhiều thành tựu chăm sóc và điều trị y tế. Bên cạnh đó, vi khuẩn đa kháng thuốc kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng chi phí điều trị và gia tăng tử vong [5]. Ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn đa kháng thuốc đã không còn là cuộc chiến đơn độc của các nhà lâm sàng mà cần sự phối hợp của rất nhiều ban ngành chuyên khoa, việc khẳng định được đối tượng người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng cần một thời gian nhất định cho xét nghiệm vi sinh và kháng sinh đồ vì vậy việc tổ chức cách ly cho những người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng còn gặp rất nhiều khó khăn và bất cập. Chính vì vậy khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện Quốc tế Đồng Nai thực hiện đề tài: “Nghiên cứu tình hình vi khuẩn đa kháng thuốc và tuân thủ cách ly người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai năm 2020”.

Mục tiêu:

- Khảo sát mô hình phân bố của vi khuẩn đa kháng và sự đề kháng kháng sinh của những vi khuẩn đó từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020.

- Khảo sát tỷ lệ tuân thủ quy trình cách ly người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng:

Những người bệnh nhập viện nội trú có kết quả nhiễm vi khuẩn kháng trên 03 nhóm thuốc kháng sinh khác nhau hoặc nhiễm vi khuẩn có sinh men ESBL, MRSA, VRE, CRE từ tháng 01 đến tháng 07 năm 2020.[1]

Phương pháp:

Nhân viên giám sát khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn thu thập dữ liệu về vi khuẩn đa kháng và tình hình thực hiện cách ly người bệnh nhiễm vi khuẩn đa kháng tại các khoa phòng nội trú khi nhận được thông tin kết quả xét nghiệm vi khuẩn đa kháng từ khoa Xét nghiệm. Vi khuẩn được phân lập, định danh thường quy theo các môi trường thích hợp. Xác định mức độ đề kháng kháng sinh bằng phương pháp đĩa kết hợp theo hướng dẫn của CLSI [2].

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

1.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc theo nhóm tuổi

Thời gian nằm viện	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Từ 0 -14 tuổi	7	6.1
Từ 15 -60 tuổi	40	34.8
Trên 60 tuổi	68	59.1
Số tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	59.91 $\pm$ 22.65	

Nhận xét: Người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc chủ yếu là người già trên 60 tuổi chiếm đến 59.1%, tuổi trung bình của những người nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc tại cộng đồng là 59.91 tuổi.

2. Mô hình phân bố vi khuẩn đa kháng kháng sinh tại bệnh viện

2.1. Tỷ lệ phân bố các loại vi khuẩn đa kháng được phân lập trong mẫu nghiên cứu.

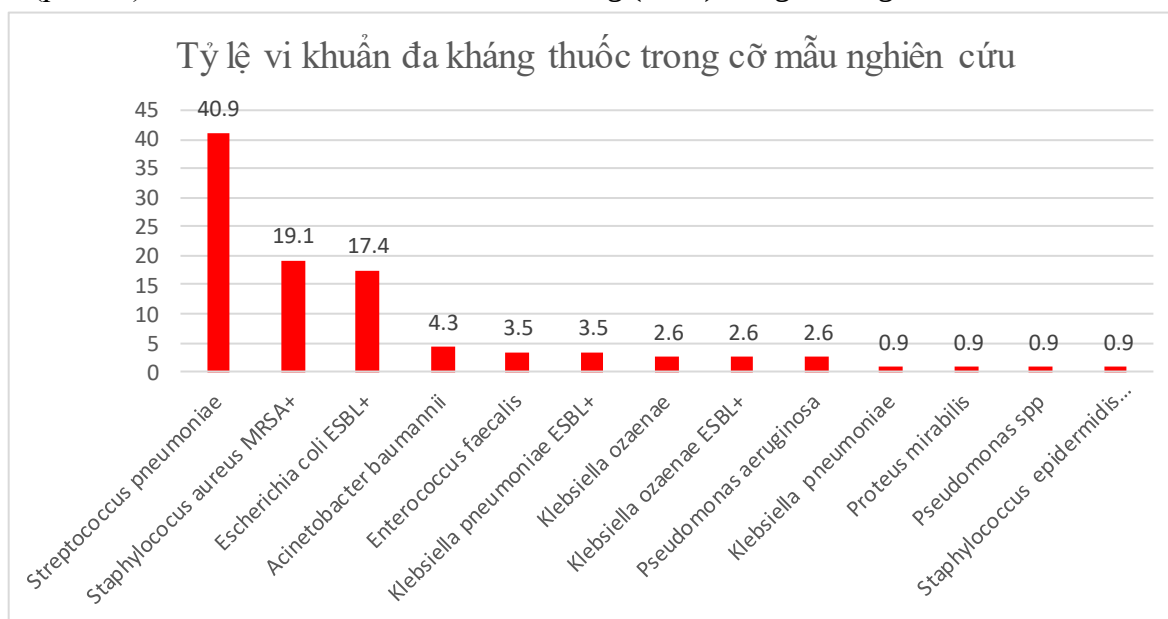
Bảng 2: Phân bố các vi khuẩn đa kháng theo cấu trúc thành tế bào và mức độ đa kháng

Loại vi khuẩn	(Đa kháng thuốc) MDR		(Kháng thuốc diện rộng) XDR		Tổng cộng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Gram dương	69	68.32	1	7.14	60.87
Gram âm	32	31.68	13	92.86	39.13
Tổng	101	100	14	100	100%

Kiểm định χ^2 với $p = 0.000$

Nhận xét: Vi khuẩn Gram dương đa kháng chiếm phổ biến trong mẫu nghiên cứu (60.87%) tuy vậy vi khuẩn Gram âm lại có tình trạng đa kháng diện rộng (XDR) cao hơn với

92.86% trong nhóm đa kháng diện rộng, với kiểm định χ^2 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Chưa xuất hiện vi khuẩn toàn kháng (PDR) trong mẫu nghiên cứu.



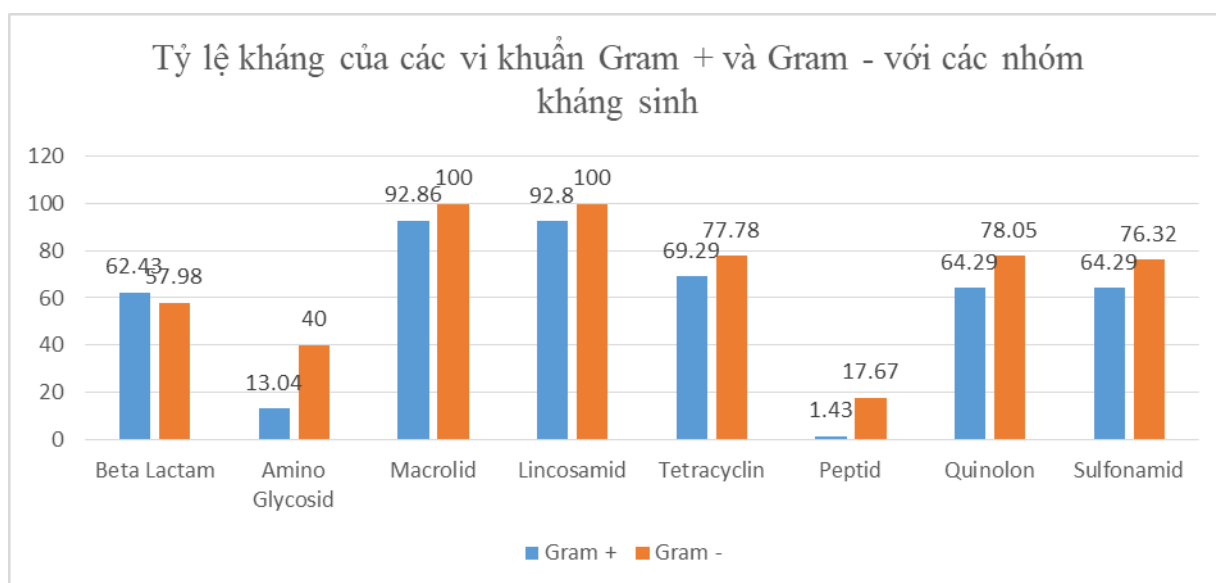
Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ các vi khuẩn đa kháng được phân lập trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: Các vi khuẩn đa kháng gây nhiễm khuẩn chủ yếu là Streptococcus Pneumoniae (40.9%), Staphylococcus Aureus MRSA+ (19.1%), Escherichia coli ESBL+ (17.4%)

Bảng 3: Phân bố các vi khuẩn đa kháng theo loại mẫu bệnh phẩm được phân lập

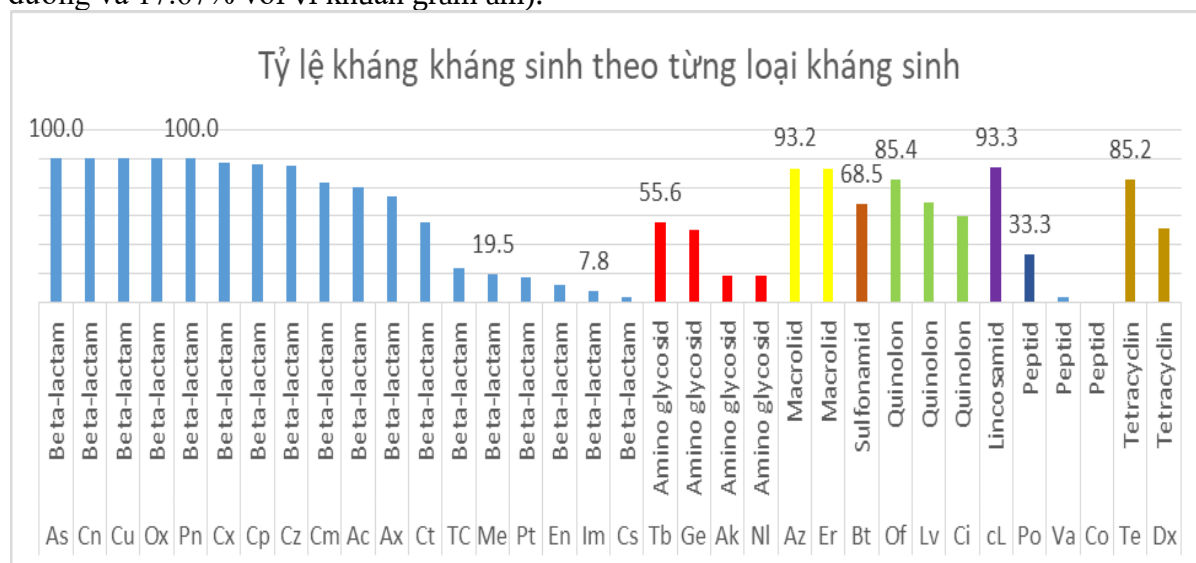
Mẫu bệnh phẩm	Vi khuẩn Gram dương		Vi khuẩn Gram âm		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Đám	50	70.4	21	29.6	71	61.7
Dịch	1	20.0	4	80.0	5	4.3
Máu	0	0.0	1	100.0	1	0.9
Mủ	19	73.1	7	26.9	26	22.6
Nước tiểu	0	0.0	12	100.0	12	10.4
Tổng	70	60.9	45	39.1	115	100

Nhận xét: Bệnh phẩm đám chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (61.7%), tiếp đó là bệnh phẩm mủ (22.6%). Đối với mẫu bệnh phẩm đám, 70.4% là vi khuẩn gram dương và 29.6% là vi khuẩn gram âm.



Biểu đồ 2 – Phân bố tỷ lệ kháng của vi khuẩn Gram + và Gram theo từng nhóm kháng sinh

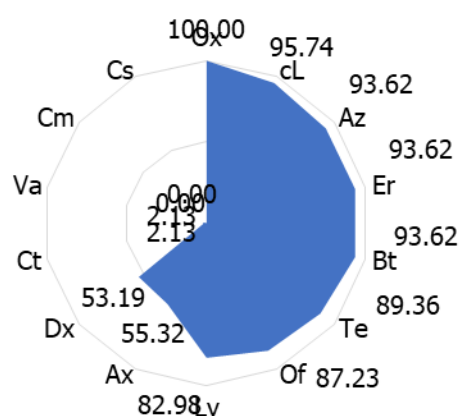
Nhận xét: Cả vi khuẩn Gram + và Gram âm đều có tỷ lệ kháng cao với nhóm Marolid và Lincosamid (kháng trên 90%), tỉ lệ kháng thấp hơn ở nhóm Peptit (1.43% với vi khuẩn gram dương và 17.67% với vi khuẩn gram âm).



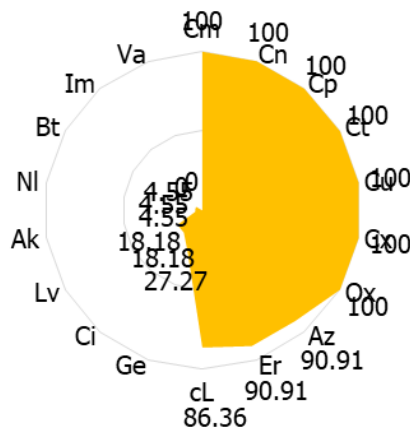
Biểu đồ 3 – Phân bố tỷ lệ kháng kháng sinh theo từng loại kháng sinh

Nhận xét: Ở nhóm Beta-lactam, tỉ lệ kháng kháng sinh lên đến 100% ở một vài thuốc phân nhóm Cephalosporin như Ampicillin, Cefoxitin, Cefuroxim hay phân nhóm Penicillin như Oxacilin, Penicillin, riêng phân nhóm Carbapenem cũng đã xuất hiện tình trạng kháng với Imipenem 7.8% và Meropenem 19.5%. Tiếp đó là nhóm Macrolid cũng có tỷ lệ kháng cao, Azithromycin và Erithromycin đều kháng 93.2%. Nhóm Quinolon có tỷ lệ kháng từ 59.7% (Ciprofloxacin) đến 85.4% (Ofloxacin). Tỷ lệ kháng thấp nhất ở nhóm Peptid với Colistin 0% và Vancomycin 4%.

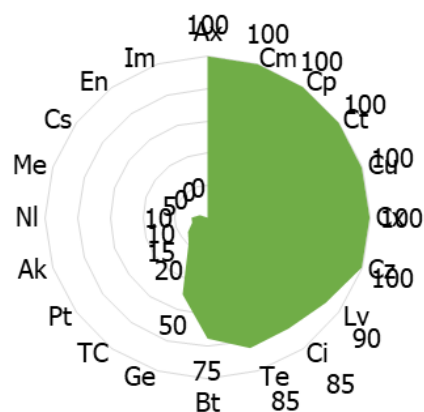
Biểu đồ 4 - Tỷ lệ kháng kháng sinh với Streptococcus Pneumoniae



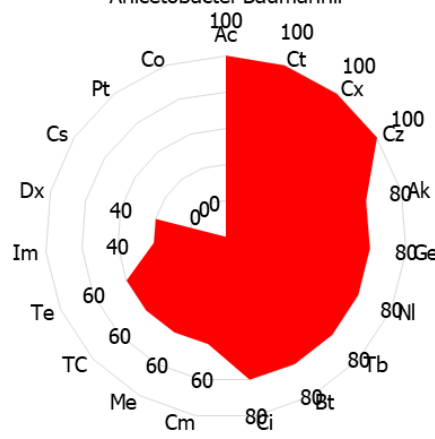
Biểu đồ 5 - Tỷ lệ kháng với Staphylococcus Aureus MRSA+



Biểu đồ 6 - Tỷ lệ kháng kháng sinh với Escherichia Coli ESBL+



Biểu đồ 7 - Tỷ lệ kháng kháng sinh của Acinetobacter Baumannii



Biểu đồ 4-5-6-7: Tỷ lệ kháng kháng sinh ở các vi khuẩn được phân lập nhiều nhất

Nhận xét: Streptococcus Pneumoniae (n=47) kháng 100% với Oxacillin, kháng 93.62% với kháng sinh nhóm Macrolid, còn nhạy với Cefepime, Cefoperazol/Sulbactam, Cefotaxime 0.0% và Vancomycin 2.13%.

Staphylococcus Aureus MRSA+ (n=22) kháng 100% với các Beta-lactam ngoại trừ Imipenem, kháng tỷ lệ cao với nhóm Macrolid (90.91%) và Lincosamid (86.36%). Tuy cầu vàng còn nhạy với nhóm Aminoglycosid (Amikacin và Neltimycin

kháng 4.55%, Gentamycin kháng 27.27%), nhạy với nhóm Peptid (Vancomycin 0.0%) và Sulfonamid (Sufamethoxazol + Trimethoprim) (4.55%).

Escherichia Coli ESBL+ (n=20) kháng 100% với các Beta-lactam trừ nhóm Carbapenem và Cefoperazol/Sulbactam. E. coli cũng có tỷ lệ kháng cao với nhóm Quinolon (85-90%) và Tetracyclin (85%).

Acinetobacter Baumannii có cỡ mẫu phân lập được không lớn (n=5) kháng cao với

nhóm Betalactam, thậm chí kháng nhóm nhóm Peptid (0.0%) và Carbapenem từ 40-60%, còn nhạy cảm với Cefoperazol/Sulbactam (0.0%).

3. Tỷ lệ tuân thủ quy trình cách ly người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc.

Bảng 4: Tình trạng cách ly phòng của người bệnh đa kháng thuốc tại mẫu nghiên cứu

Khoa		Nhóm NB theo dõi được quá trình cách ly		Nhóm NB xuất viện, không theo dõi được quá trình cách ly		Tổng
		1. Được cách ly phòng riêng	2. Được cách ly tại giường	1. Được cách ly trong quá trình nằm viện.	2. Không được cách ly trong quá trình nằm viện	
Cấp cứu	n	5	2	1	0	8
	Tỷ lệ (%)	62.5	25	12.5	0	100
CTCH	n	10	1	3	1	15
	Tỷ lệ (%)	66.7	6.7	20.0	6.7	100
Nhi	n	0	0	1	0	1
	Tỷ lệ (%)	0	0	100	0	100
Nội	n	39	23	7	8	77
	Tỷ lệ (%)	50.6	29.9	9.1	10.4	100
Ngoại	n	6	1	5	1	13
	Tỷ lệ (%)	46.2	7.7	38.5	7.7	100
TMH	n	1	0	0	0	1
	Tỷ lệ (%)	100	0	0	0	100
Tổng	n	61	27	17	10	115
	Tỷ lệ (%)	53	23.5	14.8	8.7	100

Nhận xét: Có tất cả 27 trường hợp người bệnh xuất viện/ chuyển viện trước khi có kết quả kháng sinh đồ đa kháng chiếm đến 23.48% số trường hợp không thể khảo sát tuân thủ. Trong số đó có 17% chiếm 14.8% được cách ly từ khi nghi ngờ chưa có kết quả. Ở 88 người bệnh theo dõi được quá trình cách ly nội trú, có 61 người bệnh được cách ly phòng riêng (chiếm 53%), 27 người bệnh được cách ly tại giường chiếm (23.5%) tổng mẫu nghiên cứu.

Bảng 5: Tình hình tuân thủ quy định cách ly tại các phòng cách ly người bệnh đa kháng thuốc nội trú (cỡ mẫu n = 88 người bệnh theo dõi được)

Các biện pháp cách ly phòng ngừa khi chăm sóc người bệnh đa kháng	Có		Không		Tổng (%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Đánh dấu cảnh báo kịp thời	65	73.86	23	26.14	100
Hạn chế di chuyển người bệnh	80	90.91	8	9.09	100

Xử lý dụng cụ an toàn	88	100.00	0	0.00	100
Tuân thủ vệ sinh tay	88	100.00	0	0.00	100
VST& mang găng & khẩu trang& nón	88	100.00	0	0.00	100
Sử dụng áo choàng + bao giày	23	26.14	65	73.86	100
Vệ sinh khử khuẩn phòng bệnh, xe tiêm	88	100.00	0	0.00	100
Bố trí thùng rác - phân loại chất thải hợp lý	61	69.32	27	30.68	100

Nhận xét: Các quy trình vệ sinh khử khuẩn phòng bệnh, xử lý dụng cụ, bố trí dung dịch vệ sinh tay và tuân thủ thực hiện vệ sinh tay được thực hiện tốt. Việc đánh dấu kịp thời ngay khi phát hiện người bệnh đa kháng đạt 73.86%, hạn chế được 90.91% số ca không di chuyển bệnh. Đối với phòng bệnh đa kháng, cần thùng rác đặt trong phòng là thùng rác lây nhiễm, tuy vậy chỉ có 69.32% bố trí đúng màu thùng rác trong phòng. Đối với việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, găng tay, khẩu trang và nón được tuân thủ tốt, tuy vậy đối với áo choàng và bao giày hiện tại tỷ lệ tuân thủ chỉ đạt 26.14% trường hợp bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc chủ yếu là người già trên 60 tuổi chiếm đến 59.1%. Vi khuẩn Gram dương đa kháng chiếm 60.87%, vi khuẩn Gram âm là 38.13% khá tương đồng so với kết quả 59.7% gram dương và 40.3% gram âm trước đó khi phân lập vi khuẩn gây bệnh (bao gồm cả có đa kháng và không đa kháng) của tác giả Trần Bích Hợp năm 2018[2].

Vi khuẩn đa kháng (MDR) chiếm 87.83%, đa kháng diện rộng (XDR) chiếm 12.17% với 92.86% trong đó là vi khuẩn gram âm, chưa xuất hiện vi khuẩn toàn kháng (PDR) trong mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ

chênh lệch giữa hai nhóm vi khuẩn đa kháng và đa kháng diện rộng tại nghiên cứu cao hơn với một kết quả nghiên cứu tại Nga của tác giả Yanina Balabanova năm 2011, khi tỷ lệ MDR phân lập được trong nghiên cứu này là 54.8 và XDR là 11.1.[6]

Các vi khuẩn đa kháng gây nhiễm khuẩn chủ yếu là Streptococcus Pneumoniae (40.9%), Staphylococcus Aureus MRSA+ 19.1%, Ercherichia coli ESBL+ 17.4%. Vi khuẩn Streptococcus Pneumoniae phân lập được cao hơn so với năm 2018 (25.2%), Tỷ lệ tụ cầu vàng và E.Coli thấp hơn so với năm 2018 (26.2% và 18.2%). Như vậy sau hai năm tỷ lệ nhiễm phế cầu khuẩn đa kháng ở cộng đồng đã tăng lên gấp hơn 1.5 lần. Trong nghiên cứu tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng của tác giả Trần Văn Thuận , Phí Thị Lệ Tân cũng xác định Streptococcus Pneumoniae là vi khuẩn thường gặp nhất, chiếm 62% tác nhân gây bệnh mắc phải ở cộng đồng.[3]

Ở nhóm Beta-lactam, tỉ lệ kháng kháng sinh lên đến 100% với Ampicilin, Cefoxitin, Cefuroxim, Oxacilin, Penicilin, riêng phân nhóm Carbapenem cũng đã xuất hiện tình trạng kháng với Imipenem 7.8% và Meropenem 19.5%. Tỷ lệ kháng thấp nhất ở nhóm Peptid với Colistin 0% và Vancomycin 4%.

Có 23.48% số trường hợp không thể khảo sát tuân thủ quá trình cách ly do người bệnh xuất viện, chuyển viện trước kết quả kháng định nhiễm vi khuẩn đa kháng. Lượng người bệnh mất dấu khảo sát cho chúng ta thấy lỗ hổng nguy cơ to lớn của việc không xác định được người bệnh mắc vi khuẩn đa kháng ngay từ khi nhập viện mà chỉ cách ly nghi ngờ trên kinh nghiệm ban đầu. Điều này đòi hỏi chúng ta cần không ngừng cải tiến năng lực kỹ thuật để sớm nhận biết được vi khuẩn đa kháng như việc xác định nhanh carbapenemase bằng thử nghiệm sinh hóa[4], xây dựng hướng dẫn chi tiết cụ thể các đối tượng nghi ngờ nhiễm khuẩn đa kháng để ưu tiên tổ chức cách ly.

Đối với nhóm người bệnh theo dõi được quá trình cách ly, có 69.3% được cách ly tại phòng riêng, 30.7% được cách ly tại giường. Các quy trình cách ly được tuân thủ cao nhất là vệ sinh tay, xử lý dụng cụ (100%), hạn chế di chuyển người bệnh đạt 90.91%, đánh dấu phòng bệnh kịp thời đạt 73.86%, bố trí thùng đựng chất thải hợp lý đạt 69.32%. Sử dụng áo choàng phòng hộ là quy trình có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất chỉ đạt 26.14%. Đây là một bài toán khó khăn liên quan đến việc cân bằng chi phí cách ly người bệnh đa kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng thuốc chủ yếu là người già trên 60 tuổi chiếm đến 59.1%. Vi khuẩn Gram dương đa kháng chiếm 60.87%, vi khuẩn Gram âm là 38.13%. Vi khuẩn đa kháng (MDR) chiếm 87.83%, đa kháng diện rộng (XDR) chiếm 12.17%. Các vi khuẩn đa kháng gây nhiễm khuẩn chủ yếu là *Streptococcus Pneumoniae* (40.9%), *Staphylococcus Aureus* MRSA+ 19.1%, *Escherichia coli* ESBL+ 17.4%. Ở nhóm Beta-lactam, tỉ lệ kháng kháng sinh lên

đến 100% với Ampicilin, Cefoxitin, Cefuroxim, Oxacilin, Penicilin, riêng phân nhóm Carbapenem cũng đã xuất hiện tình trạng kháng với Imipenem 7.8% và Meropenem 19.5%. Tỷ lệ kháng thấp nhất ở nhóm Peptid với Colistin 0% và Vancomycin 4%.

23.48% trường hợp xuất viện mất dấu khảo sát, 76.5% người bệnh theo dõi được quá trình cách ly nội trú, trong đó có 69.3% được cách ly tại phòng riêng, 30.7% được cách ly tại giường. Các quy trình cách ly được tuân thủ cao nhất là vệ sinh tay, xử lý dụng cụ (100%), hạn chế di chuyển người bệnh đạt 90.91%. Sử dụng áo choàng phòng hộ cá nhân là quy trình có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất chỉ đạt 26.14%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers of Disease Control and Prevention (2006)**, “Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings”.
2. **Trần Bích Hợp (2018)**, “ Khảo sát đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh phân lập tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai từ tháng 04/2016 đến tháng 04/2018”.
3. **Trần Văn Thuận, Phí Thị Lệ Tân (2019)**, “Tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai”.
4. **Võ Thị Chi Mai, Lê Hoàng Cường (2016)**, “ Xác định nhanh Carbapenemase bằng thử nghiệm sinh hóa”.
5. **World Health Organization (2015)**, “ Antibiotic resistance: Multi-country public awareness survey”.
6. **Yanina Balabanova (2011)**, “Survival of Civilian and Prisoner Drug-Sensitive, Multi- and Extensive Drug- Resistant Tuberculosis Cohorts Prospectively Followed in Russia”.

NGHIÊN CỨU LOẠT CA ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẢI THIỆN THỊ LỰC CỦA PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT KÍNH 3 TIÊU CỰ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH THỂ

Bùi Thị Thu Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thị lực và chất lượng thị giác của kính 3 tiêu cự AT Lisa Tri

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu loạt ca, đánh giá kết quả của 14 mắt phẩu thuật phaco đặt kính nội nhãn 3 tiêu cự AT Lisa Tri 839MP. Tiêu chuẩn loại trừ chính có bệnh lý đáy mắt, có bệnh lý bề mặt nhãn cầu, có loạn thị > 1D và đã từng phẩu thuật nội nhãn.

Bệnh nhân được đánh giá thị lực nhìn xa, trung gian và thị lực gần, độ nhạy tương phản và mức độ hài lòng ở 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẩu thuật.

Kết quả: Thị lực trung bình trước phẩu thuật chưa chỉnh kính là 0.87 ± 0.78 và có chỉnh kính là 0.76 ± 0.85 . Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, 100% thị lực xa và gần đạt > 20/30 (0.2 theo LogMAR) theo bảng Snellen, 100% đạt thị lực trung gian > 20/40 (0.3 theo LogMAR) theo bảng Colenblender.

Sau phẩu thuật, thị lực chưa chỉnh kính và có chỉnh kính đều cải thiện ở các thời điểm so với trước mổ ($p < 0,01$).

Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân với thị lực xa và gần tốt hơn thị lực trung gian. Cụ thể với thị lực nhìn xa, tỷ lệ bệnh nhân rất hài lòng là 70%, hài lòng là 30%, không có bệnh nhân không hài lòng. Đối với thị lực nhìn gần, tỷ lệ rất hài lòng là 80% và hài lòng là 20%. Đối với thị lực trung gian; tỷ lệ rất hài lòng, hài lòng và không hài lòng lần lượt là 60%, 30% và 10%. Tỷ lệ khó

chịu về quang sáng ở mức độ trung bình là 10% và chói lóa là 20%.

Kết luận: Kính nội nhãn 3 tiêu cự AT Lisa Tri cho kết quả thị lực tốt ở mọi khoảng cách và mức độ hài lòng cao ở mọi bệnh nhân.

Conclusions: Trifocal Intraocular lens AT LISA Tri gives the best visual outcome in all distances. The majority of patients confirm the high level of satisfaction after treated with AT LISA Tri.

Từ khóa: đục thể thủy tinh già, phẩu thuật phaco, kính nội nhãn, kính nội nhãn đa tiêu cự, kính nội nhãn phi cầu,

SUMMARY

VISUAL OUTCOMES OF PHACOEMULSIFICATION WITH TRIFOCAL INTRAOCULAR LENS AT LISA Tri

Purpose: To evaluate visual acuity (VA) outcomes and quality of vision of phacoemulsification with trifocal intraocular lens AT LISA Tri (Carl Zeiss).

Methods: This short-term prospective serial cases report with 14 cataract eyes of 10 patients were enrolled. Phacoemulsification with trifocal intraocular lens (AT LISA Tri) was performed on one or both these eyes.

Exclusion criteria were presence of any retinal disease, ocular surface disease, previous ocular surgeries and preoperative astigmatism > 1D.

The visual outcomes at near, intermediate and far distance, the contrast sensitivity and the levels of satisfaction were recorded at 1-week, 1-month, 3-month postoperative visit. Halos and Glare phenomena were evaluated at 3 months postoperative.

Results: The preoperative mean visual acuity was 0.87 ± 0.78 , and the preoperative best

*BV Mắt QT Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Hương

Email: dr.buihithuhuong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 26/10/2020

Ngày duyệt đăng: 31/10

corrected visual acuity was 0.76 ± 0.85 . Three month after phacoemulsification and AT LISA Tri in eyes with cataract, 100% of the patients had a far and near vision being above 0.2 log MAR (20/30 Snellen), all patients had an intermediate visual acuity outcome which were above 0.3 logMAR (20/40 Colenblender).

The postoperative mean visual acuity and best corrected visual acuity at 1 week, 1 month, 3 months were improved compared with the preoperative period ($p < 0.01$).

The satisfaction of visual outcome at far and near distance were better than that at intermediate distance. Specifically, at far distance, the percentages of patient being very satisfied and satisfied were 70% and 30% respectively. There were no patients who were not satisfied with phacoemulsification surgery and AT LISA Tri. Similarly, about the visual outcome at near distance, 80% of the patients was very satisfied compared with 20% of the patients was satisfied. The proportions of patient being very satisfied, satisfied and not satisfied were 60%, 30%, 10% respectively at intermediate distance. Among the postoperative eyes, 10% and 20% of those were dissatisfied at the medium level about the glare and halo.

Keywords: senile cataract, phacoemulsification surgery, IOL, Trifocal intraocular lens

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật Phaco đặt kính nội nhãn (IOL) điều trị đục thể thủy tinh là một tiến bộ vượt bậc trong ngành nhãn khoa nhằm mục tiêu cải thiện thị lực và khúc xạ cho bệnh nhân. Hầu hết các loại IOL đơn tiêu, giúp bệnh nhân đạt thị lực ở một tiêu cự; hoặc nhìn xa hoặc trung gian hoặc gần. Loại IOL lý tưởng sẽ giúp phục hồi thị lực cho bệnh nhân sau phẫu thuật với mọi tầm nhìn mà không có sự khó chịu nào. Trên thế giới hiện nay có hai loại IOL chủ yếu là đơn tiêu và đa tiêu.

Loại IOL hai tiêu cự là một dòng kính đa tiêu cự cho bệnh nhân có thị lực tốt ở khoảng

cách xa và gần. Tuy nhiên, với những yêu cầu cần có thêm thị lực tốt ở khoảng cách trung gian như sử dụng máy tính, nấu ăn, may mặc... thì loại IOL 2 tiêu cự không đáp ứng được. Những năm gần đây, thiết kế IOL 3 tiêu cự ra đời đã giúp cho phẫu thuật viên (PTV) phaco và bệnh nhân có thêm sự chọn lựa trong điều trị đục thể thủy tinh nhằm nâng cao chất lượng thị giác và cải thiện chất lượng cuộc sống.[1,5,6]

Tuy nhiên, không phải toàn bộ bệnh nhân đều phù hợp với loại IOL đa tiêu cự vì sự khác biệt trong lối sống cá nhân cũng như sinh lý, giải phẫu mắt của từng người. Bài báo cáo này nhằm mục đích đánh giá kết quả thị lực và độ hài lòng, độ an toàn của phẫu thuật Phaco đặt kính 3 tiêu cự AT Lisa Tri tại bệnh viện Mắt QT Hoàn Mỹ Sài Gòn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu loạt ca, thực nghiệm lâm sàng, không đối chứng. Thực hiện phẫu thuật và theo dõi tại bệnh viện Mắt QT Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có các tiêu chuẩn loại trừ, có nhu cầu phẫu thuật Phaco đặt IOL 3 tiêu cự sẽ được chọn vào nhóm nghiên cứu, đặt kính 3 tiêu cự AT Lisa Tri 839MP, do cùng một phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật, theo dõi và đánh giá thị lực không kính, có kính ở nhìn xa, gần và trung gian; độ chói, lóa và mức độ hài lòng ở các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

2.2 Đối tượng: 14 mắt của 10 bệnh nhân đục thể thủy tinh già gồm 2 nam và 6 nữ có độ tuổi từ 52-69 đến điều trị tại bệnh viện Mắt QT Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 3/2020 đến tháng 6/2020. (Có 4 BN mổ 2 mắt). Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn bệnh: Đục thể thủy tinh già độ 2-4. Loạn thị giác mạc

$\leq 1.0D$. Đục nhân độ 2-4 theo hệ thống LOCS III; không có các tiêu chuẩn loại trừ như từng phẫu thuật nội nhãn, có bệnh lý Glaucoma hoặc có các nguy cơ gây giảm thị lực từ bệnh lý đái tháo đường... có tổn thương đáy mắt như bệnh hoàng điểm, võng mạc, thần kinh thị, có bệnh lý giác mạc như sẹo giác mạc, phù giác mạc. Tiền sử cận thị > 6 Diop.

2.3 Đánh giá trước và sau phẫu thuật

2.3.1 Bệnh nhân được tiếp nhận theo quy trình tiếp nhận bệnh nhân phẫu thuật Phaco đặt IOL thường quy.

- Đánh giá thị lực dùng bảng Thị lực Snellen 5m cho thị lực nhìn xa và thị lực Colenblender cho nhìn gần 40cm, thị lực trung gian 70 cm. Thị lực trước mổ được đo TL có kính và không kính cả khoảng nhìn xa, trung gian và nhìn gần. Các trường hợp kính không tăng cũng được ghi nhận.

- Khám bán phần trước nhãn cầu: bằng kính hiển vi slit lamp để đánh giá Kết mạc, giác mạc, củng mạc, tiền phòng, mống mắt, đồng tử và thể thủy tinh. Đặc biệt, mức độ co giãn đồng tử được đánh giá chi tiết để tiên lượng cho tiến trình phẫu thuật lần tiên lượng thị lực sau mổ.

- Khám kỹ đáy mắt: bằng kính Volk Superfield qua Slitlamp. Ghi nhận tình trạng võng mạc, hoàng điểm, gai thị.

- Đo nhãn áp tư thế ngồi qua máy đo NA tự động.

- Khám toàn thân theo quy trình: xét nghiệm máu NGFL, TQ, TCK, Glucose máu, xét nghiệm HIV và viêm gan siêu vi, đo ECG, khám nội và khám tiền phẫu.

2.3.2 Các bước khám đặc biệt: bệnh nhân được siêu âm bằng IOL master 700 đo công suất khúc xạ giác mạc (K), độ sâu tiền phòng (ACD), độ dài trục, và siêu âm B để phát hiện đục dịch kính, bong võng mạc...Ngoài ra, toàn bộ bệnh nhân cần làm thêm OCT (optical coherence tomography) đánh giá hoàng điểm. Công suất IOL được tính theo công thức phù hợp SRK/T hoặc Hoffer Q, Haggis tùy theo trục nhãn cầu. IOL được tiên đoán sẽ dao động trong khoảng $-0.5D$ đến $+0.5D$.

2.3.3 Bệnh nhân được khai thác bệnh sử về mắt và toàn thân chi tiết.

2.3.4 Bệnh nhân được tư vấn kỹ lưỡng theo bảng 1 về mục đích, nhu cầu, nguyện vọng, giá cả và các tác dụng ngoại ý của dòng kính đa tiêu theo bảng.

Bảng 1. Hướng dẫn tư vấn trước mổ bệnh nhân phù hợp hoặc không phù hợp để đặt kính 3 tiêu. [3,7]

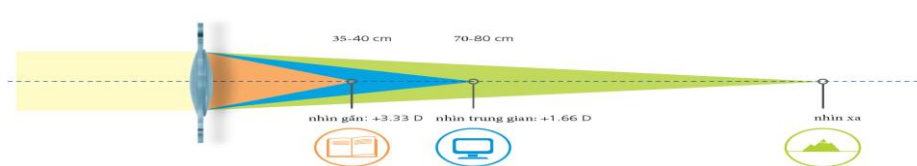
Yếu tố tích cực	Yếu tố tiêu cực
+Không thích mang kính. + Tính cách dễ chịu với phong thái tích cực. + Chấp nhận lỗi nhỏ ở thị lực nhìn xa. + Hiểu đây không phải phẫu thuật với kết quả chắc chắn đảm bảo. + Hợp tác tốt + Có sở thích với các hoạt động nhìn gần + Phụ thuộc nặng vào kính với cận thị hoặc viễn thị nặng	+Không quan trọng việc đeo kính + Bệnh nhân đòi hỏi cao và không bao giờ hài lòng với mong muốn + Đòi hỏi hình ảnh sắc nét + Phụ thuộc với thị lực trung gian, thị lực ban đêm hoặc các nghề như phi công, tài xế + Cận thị nhẹ vì thị lực nhìn gần tự nhiên của họ tốt hơn khi so với IOL 3 tiêu.

2.3.5 Bệnh nhân đánh giá chất lượng thị giác; ngoài đánh giá thị lực ở các khoảng cách, bệnh nhân được hỏi về hiện tượng quang sáng và chói lóa ban đêm và mức độ hài lòng ở lần thăm khám tháng thứ 3 sau mổ.

2.3.6 Phương pháp phẫu thuật: tất cả các bệnh nhân được nhỏ tê Alcaine, phẫu thuật phaco bằng máy Constellation và đặt cùng

loại kính nội nhãn 3 tiêu cự AT Lisa Tri 839MP với đường mổ 2.2mm, không khâu.

2.4 Đặc điểm của kính nội nhãn 3 tiêu cự AT Lisa Tri 839MP là sản phẩm của Carl Zeiss Meditec. Chất liệu Acrylic ngâm nước (25%) với bề mặt không ngâm nước, Ba tiêu cự ở bề mặt trước; Một mảnh, bờ vuông 360° anti-PCO (chống đục bao sau). Kính có chức năng điều chỉnh khúc xạ sau mổ ở 3 tiêu cự : xa, trung gian, gần. [3]



Hình 1. Chức năng nhìn: ba tiêu cự: nhìn gần - nhìn trung gian – nhìn xa³

2.5 Phân tích thông kê:

Các thông số dữ liệu được ghi nhận và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích. Thị lực được quy đổi từ Decimal sang LogMAR cho mục đích phân tích thống kê. Áp dụng phép kiểm T cho mẫu nhỏ với $p = 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 14 mắt của 10 bệnh nhân được phân tích, 4 bệnh nhân mổ 2 mắt và 6 bệnh nhân mổ 1 mắt gồm 2 nam và 8 nữ. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $63,07 \pm$

5,00 (thấp nhất 52 tuổi, cao nhất 73 tuổi). Toàn bộ bệnh nhân được một phẫu thuật viên (BSCK II. Bùi Thị Thu Hương) thực hiện phẫu thuật phaco đặt kính 3 tiêu AT TriLisa an toàn, với công suất IOL trung bình là $20,64 \pm 3,37D$ (Thấp nhất 15, cao nhất 27,5Diopter). Độ loạn thị GM (K) trước mổ là $-0,59 \pm 0,3$ (Thấp nhất -0,2D, cao nhất -1 D). Thời gian theo dõi là 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Không có ca phẫu thuật nào bị loại. Dữ liệu trước mổ được ghi nhận theo bảng 2.

Bảng 2. Thông số trước phẫu thuật

Các thông số	Trung bình	Giới hạn trên-dưới
Tuổi (năm)	$63,07 \pm 5,00$	Thấp nhất 52, cao nhất 73
Công suất khúc xạ GM (D)	$44,30 \pm 1,58$	Thấp nhất 41,97, cao nhất 46,83
Độ loạn thị GM (K)	$-0,59 \pm 0,3$	Thấp nhất -0,2D, cao nhất -1 D
Độ dài trục nhãn cầu (mm)	$23,08 \pm 1,14$	Thấp nhất 21,85, cao nhất 25,96
Độ sâu tiền phòng (mm)	$3,01 \pm 0,5$	Thấp nhất 2,1, cao nhất 3,74
Công suất IOL (D)	$20,64 \pm 3,37$	Thấp nhất 15, cao nhất 27,5

Kết quả thị lực: Bảng 3 tóm tắt kết quả thị lực trước, sau phẫu thuật ở thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

Thị lực trung bình trước phẫu thuật là chưa chỉnh kính 0.87 ± 0.78 và có chỉnh kính là 0.76 ± 0.85 . Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, 100% thị lực xa đạt $> 20/30$ theo bảng

Snellen (tương đương 0.2 theo LogMAR), 100% đạt thị lực trung gian và thị lực gần $> 20/40$ theo bảng Colenblender(tương đương 0.2 theo LogMAR).

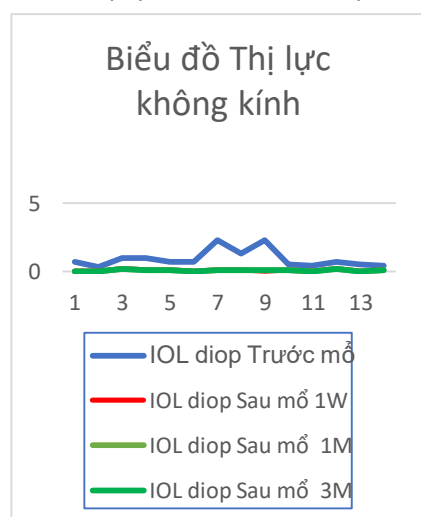
Sau phẫu thuật, thị lực chưa chỉnh kính và có chỉnh kính đều cải thiện ở các thời điểm so với trước mổ ($p < 0,01$).

Bảng 3. Kết quả Thị lực trước và sau phẫu thuật

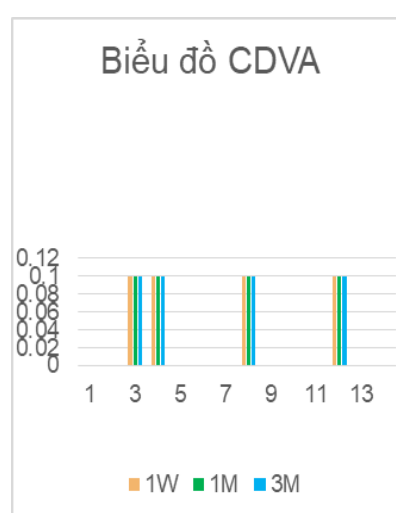
Thị lực (Log Mar)	Trước mổ	1 tuần sau mổ	1 tháng sau mổ	3 tháng sau mổ
TL xa không kính (UCVA)	0.92 ± 0.47	0.08 ± 0.12	0.03 ± 0.02	0.02 ± 0.05
TL xa có kính (CDVA)	0.76 ± 0.52	0.03 ± 0.10	0.03 ± 0.15	0.03 ± 0.12
TL trung gian không kính (UIVA)	0.87 ± 0.72	0.18 ± 0.09	0.18 ± 0.12	0.18 ± 0.10
TL trung gian có kính (DCIVA)	0.75 ± 0.71	0.16 ± 0.18	0.16 ± 0.14	0.16 ± 0.14
TL gần không kính (UCVA)	0.88 ± 0.67	0.09 ± 0.07	0.08 ± 0.08	0.07 ± 0.08
TL gần có kính DCNVA	0.78 ± 0.61	0.06 ± 0.08	0.05 ± 0.12	0.03 ± 0.12

Nhận xét:

- Thị lực chưa chỉnh kính và có chỉnh kính đều cải thiện ở các thời điểm so với trước mổ ($p < 0.01$).
- Thị lực sau mổ cải thiện sớm ngay tuần đầu tiên , ổn định sau 1 tháng ($p < 0.01$)



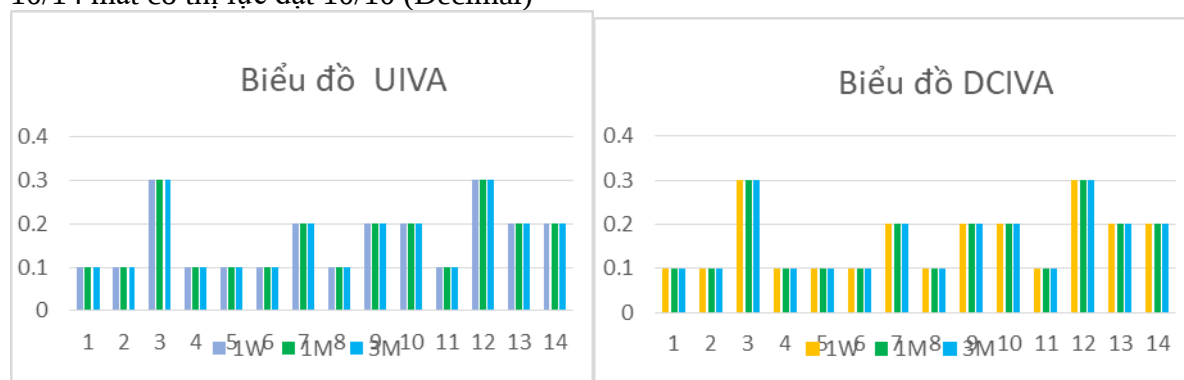
Biểu đồ 1: Thị lực trước mổ và sau mổ ở các thời điểm



Biểu đồ 2: Thị lực nhìn xa sau mổ ở 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng

Nhận xét:

- 14/14 mắt có thị lực trung gian không kính đạt ≤ 0.2 (logMar) tương đương $\geq 7/10$ (Decimal), 12/14 mắt có thị lực $\geq 8/10$
- 14/14 thị lực nhìn trung gian có kính đạt ≤ 0.2 (logMar) tương đương $\geq 8/10$ (Decimal), 10/14 mắt có thị lực đạt 10/10 (Decimal)



Biểu đồ 3: Thị lực nhìn trung gian sau mổ ở 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng không và có kính

Nhận xét:

- 12/14 mắt có thị lực nhìn gần không kính đạt ≤ 0.2 (logMar) tương đương $\geq 7/10$ (Decimal)
- 7/14 thị lực nhìn gần có kính đạt ≤ 0.1 (logMar) tương đương $\geq 8/10$ (Decimal)
- Thị lực nhìn gần ổn định từ rất sớm sau mổ



Biểu đồ 4: Thị lực nhìn gần sau mổ ở 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng không và có kính

Nhận xét:

- 12/14 mắt có thị lực nhìn gần không kính đạt ≤ 0.1 (logMar) tương đương $\geq 8/10$ (Decimal) 5/10 có thị lực nhìn gần 10/10 (Decimal)
- 12/14 thị lực nhìn gần có kính đạt ≤ 0.1 (logMar) tương đương $\geq 8/10$ (Decimal), 5/10 có thị lực nhìn gần 10/10 (Decimal)

Tỷ lệ phụ thuộc kính trong sinh hoạt hàng ngày: 0%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả

Tại tháng thứ 3 sau phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được phỏng vấn về hiện tượng quang sáng và hiện tượng chói lóa.

Kết quả ghi nhận tại bảng 4 với 90% bệnh nhân không cảm nhận hiện tượng quang sáng và 80% không than phiền về hiện tượng chói

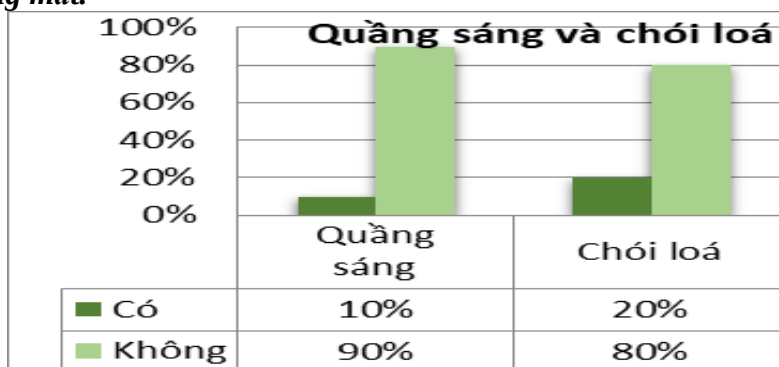
lóa. Kết quả bệnh nhân than phiền về 2 hiện tượng này cũng tương tự như kết quả của Hakan Kaymak, Detlef Breyer, Beatrice Cochener, Ana B Plaza Puch.[3]
Nguyễn Xuân Hiệp và tác giả Jorge L Alío,

Bảng 5. Mức độ hài lòng của bệnh nhân hiện tượng Quầng sáng và Chói sáng

Mức độ hài lòng	N (mắt mổ)		
	Nhìn xa	Trung gian	Gần
Rất hài lòng	70%	30%	80%
Hài lòng	30%	60%	20%
Không hài lòng	0	10%	0
Không có ý kiến	0	0	0

Biểu đồ 5: Tỷ lệ bệnh nhân bị

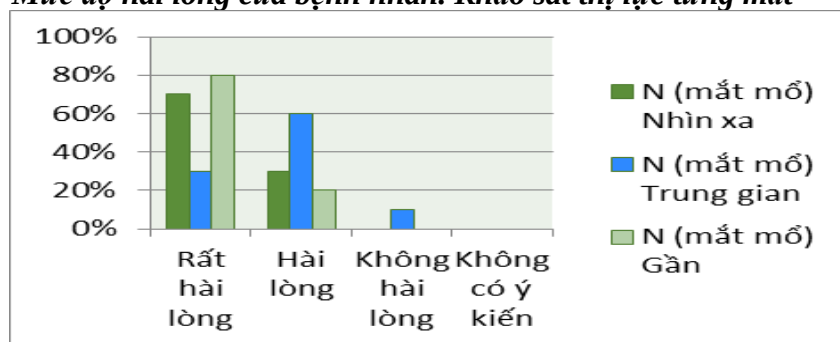
Khảo sát từng mắt.

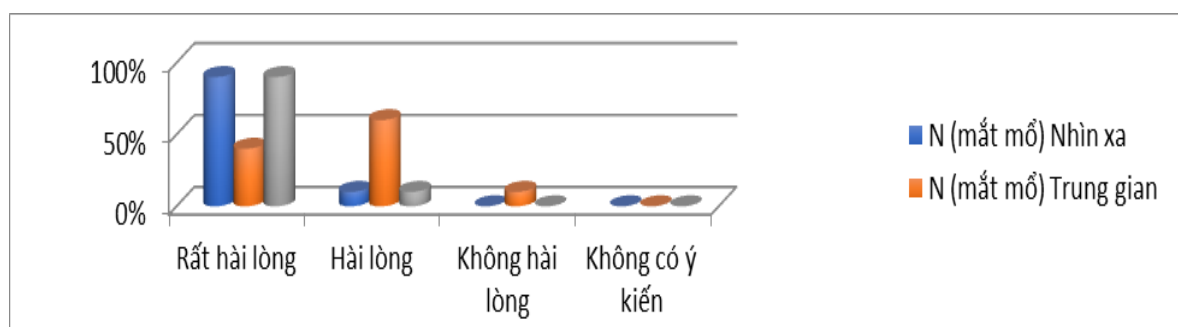


Bảng 6. Mức độ hài lòng của bệnh nhân. Khảo sát 2 mắt

Mức độ hài lòng	N (mắt mổ)		
	Nhìn xa	Trung gian	Gần
Rất hài lòng	90%	40%	90%
Hài lòng	10%	60%	10%
Không hài lòng	0	10%	0
Không có ý kiến	0	0	0

Biểu đồ 6: Mức độ hài lòng của bệnh nhân. Khảo sát thị lực từng mắt





Biểu đồ: Mức độ hài lòng của bệnh nhân . Khảo sát 2 mắt

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vai trò của việc sàng lọc bệnh nhân thích hợp với kết quả cải thiện thị lực

Với công nghệ của máy móc và trang thiết bị ngày càng hiện đại, cộng thêm sự ra đời các dòng kính cao cấp như thủy tinh thể đa tiêu cự đã đem đến một giải pháp gần như tối ưu cho việc điều chỉnh khúc xạ sau phẫu thuật phaco cho bệnh nhân đục thể thủy tinh. Tuy nhiên, khi dùng kính 2 tiêu cự không đáp ứng được đòi hỏi thị lực trung gian trong các hoạt động hàng ngày thì dùng kính 3 tiêu cự như AT Tri Lisa là sự chọn lựa tốt cho bệnh nhân có nhu cầu này.[5,6] Với công nghệ tân tiến, kính có 29 vòng nhiễu xạ kết hợp khúc xạ nhìn gần 3,33D cho phép 50% năng lượng khúc xạ nhìn xa, 30% năng lượng khúc xạ nhìn gần và 20% cho khúc xạ trung gian. Chúng tôi sử dụng máy phaco thế hệ mới nhất Constellation với đường mổ nhỏ 2,2mm nên hạn chế tối đa loạn thị sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy độ khúc xạ cầu tương đương là 0.43D và loạn thị sau mổ của bệnh nhân là 0.54D. Do vậy, thị lực nhìn xa chưa chỉnh kính ở tháng thứ 3 của bệnh nhân là $0,02 \pm 0,05$ (theo LogMAR); không có bệnh nhân cần đeo kính hỗ trợ.

4.1.1 Việc chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật vô cùng quan trọng để bệnh nhân hiểu và việc tiến hành phẫu thuật đạt

được hiệu quả tốt nhất khi sử dụng kính 3 tiêu cự.

Loạn thị là vấn đề quan trọng trong sử dụng kính 3 tiêu. Nguyên tắc nên chọn bệnh nhân có độ loạn từ **1D** trở xuống. Để đo độ cong giác mạc nhằm cho phép biết được độ và trục loạn, chúng tôi áp dụng Keratometry tự động của máy IOL master 700. Ngoài ra việc đánh giá quang sai do mặt trước giác mạc để đánh giá quang sai bậc cao nên được quan tâm, đặt biệt trong tình trạng sẹo giác mạc, cũng như giác mạc bọng được chúng tôi đánh giá kỹ bằng khám hệ thống slit lamp và máy đo khúc xạ IOL master 700. Nhờ vào việc sàng lọc kỹ đối tượng bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu nên kết quả cải thiện thị lực sau phẫu thuật của chúng tôi ở tất cả các khoảng cách đều từ 80-100%. [1,2,5]

Chức năng của hoàng điểm tốt là yêu cầu để đạt được tốc độ nhận ảnh với kính đa tiêu cự. Tất cả 14 mắt của 10 bệnh nhân đều thực hiện chụp OCT và cho kết quả hoàng điểm, gai thị trong giới hạn bình thường.

Việc đo sinh trắc học chính xác và áp dụng công thức tính công suất IOL phù hợp để đạt được sự hài lòng của bệnh nhân với kính đa tiêu. Chúng tôi áp dụng công thức SRK/T cho trục nhãn cầu dài và Hoffer Q cho trục ngắn cho phép dự đoán kết quả tốt cho chọn lựa công suất thể thủy tinh nhân tạo. Công suất IOL trung bình của nhóm

nghiên cứu là $20,64 \pm 3,37$ Diop; Thấp nhất $+15$ Diop, cao nhất $+27,5$ Diop; phù hợp với trục nhãn cầu trung bình đo được là $23,08 \pm 1,14$ mm; thấp nhất $21,85$, cao nhất $25,96$.

4.1.2 Trao đổi, lựa chọn và kỳ vọng của bệnh nhân và kết quả hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Trao đổi và lựa chọn bệnh nhân phù hợp với kính đa tiêu trước mổ là 1 phần quan trọng. Mặc dù mổ thành công nhưng bệnh nhân có thể không hài lòng khi kính đa tiêu không phù hợp với cơ địa cũng như các hiện tượng quang sai, sự thích ứng thần kinh diễn ra sau cuộc mổ.

Do đó, trao đổi trước mổ quan trọng để cảnh báo cho bệnh nhân nguy cơ của phẫu thuật và những đặc tính của mắt làm giảm kết quả cuối cùng (như kích thước đồng tử, góc Kappa, loạn thị). Những bệnh nhân không thuộc nhóm chống chỉ định nhưng có những yếu tố nằm sát với các chỉ số chống chỉ định sẽ làm ảnh hưởng kết quả lý tưởng. Việc nhấn mạnh các trường hợp xấu xảy ra sẽ hạn chế sự không hài lòng của bệnh nhân khi có kết quả không như mong đợi. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi hầu hết có độ tuổi $63,07 \pm 5,00$, chủ yếu làm nội trợ hoặc công việc không về việc đêm, họ không thích đeo kính kể cả nhìn xa hay nhìn gần; hợp tác tốt và tính cách dễ chịu. do đó, tỷ lệ hài lòng của nhóm nghiên cứu là 100% ở mức nhìn xa và gần. Chỉ có 10% bệnh nhân chưa hài lòng với thị lực trung gian.

Bệnh nhân đã được cảnh báo về hiện tượng quang sai, hiện tượng quang sáng và chói lóa sau mổ. Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ có quang sáng 10% và chói sáng là 20%. Tuy nhiên, không có bệnh nhân phản nản về dấu hiệu này.[5,7]

Việc lựa chọn bệnh nhân đa tiêu là 1 thách thức và là cả 1 nghệ thuật hơn là chỉ

đơn thuần khoa học. Tóm lại cần thận với những bệnh nhân đòi hỏi cầu toàn và thị giác quá cao, nhóm bệnh nhân không thể tiếp nhận các vấn đề quang sai hoặc phẫu thuật bổ sung. Kể cả họ rất hứng thú với việc sử dụng IOL đa tiêu vẫn phải phân tích điểm mạnh và yếu của IOL đa tiêu và IOL đơn tiêu cho họ hiểu. Mục đích là hài hòa giữa mong muốn của bệnh nhân và giải phẫu sinh lý nhãn khoa của họ để đạt được kết quả tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Kính nội nhãn 3 tiêu cự AT TriLisa cho kết quả thị lực tốt ở mọi khoảng cách xa, gần và trung gian tương ứng với bảng đánh giá mức độ hài lòng cao ở các bệnh nhân sau phẫu thuật. Bệnh nhân không phụ thuộc kính gọng sau phẫu thuật.

Vấn đề tư vấn kỹ bệnh nhân về lợi ích cũng như tác dụng không mong muốn của IOL3 tiêu cự là vô cùng quan trọng. Lượng giá lâm sàng trước phẫu thuật kỹ lưỡng dẫn đến tỷ lệ thành công và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau mổ sẽ tốt hơn.

Phẫu thuật phaco đặt kính 3 tiêu cự AT TriLisa là chọn lựa tốt cho phẫu thuật viên Phaco và bệnh nhân đục thủy tinh thể nhờ vào kết quả chất lượng thị giá tốt sau phẫu thuật, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống.

Hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu trên cỡ mẫu nhỏ, có thời gian theo dõi chỉ 3 tháng, chưa đánh giá lâu dài về các ưu và nhược điểm của loại kính 3 tiêu cự này trong điều trị đục thể thủy tinh già. Hơn nữa, máy IOL master 700 chưa đánh giá được loạn thị mặt sau giác mạc nên một số trường hợp sẽ bỏ sót loạn thị mặt sau khiến kết quả thị lực và sự hài lòng bệnh nhân không tuyệt đối. Công thức tính công suất IOL trong máy IOL master 700 chưa có phần mềm Barret để tính

toán chính xác cho các trường hợp bệnh nhân có đục thể tinh thể kèm cận thị nên việc chọn lựa công suất IOL chính xác là một khó khăn cho phẫu thuật viên.

Chúng tôi hy vọng trong nghiên cứu sắp tới sẽ khắc phục được các nhược điểm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **I. Ferreira-Rio, K. Zuniga -Poselt, J.C. Serna- Ojeida et al (2018).** Objective and subjective results following implantation of Fine Vision trifocal intra Ocular lens in Mixican Patients, *Int Ophthalmol*, **38 (6)**, 2617-2622.
2. **J.L. Garcia- Perez, J. Gros – Otero, C. Sanchez -Ramos etal (2017).** Short term visual outcomes of a new trifocal intraocular lens. **17(1)**, 72.
3. **Jorge L Alio, Hakan Kaymak, Detlef Breyer, Beatrice Cochener, Ana B Plaza Puch. (2018).** Quality of life related variables measured for three multifocal diffractive intraocular lenses: a prospective randomized clinical trial. *Clin Exp Ophthalmol*. **46 (4)**: 380-388.
4. **Kjell G Gundersun and Richard Potvin (2017).** Trifocal intraocular lenses: A comparison of the visual performance and quality of vision provided by two different lens designe, **Vol. 11**, 1081-1087.
5. **Nguyen Xuan Hiep, Pham T. M. Khanh, Nguyen T.N Anh, Nguyen T.M. Huong, Tran N. Khanh, Nghiem M. Phuong (2019).** Short-term visual outcomes of the trifocal intraocular lens Fine Vision. **Vol 54**, 4-13.
6. **Ping YU, Quing Wang, Ling ling Liu. (2016).** Safe and efficacy of two multifocal intraocular lenses in the treatment of senile cataract: study protocol for a randomized controlled trial. *Clin Transl Degener Dis* **1 (4)**: 187-192.
7. **R. Mencucci, E. Favuzza, O. Caporrossi et al (2018).** Comparative analysis of visual outcomes, reading skills, contrast sensitivitiy, and patient satisfaction with two models of trifocal diffractive intraocular lenses and extended range of vision intraocular lens, *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, **256(10)**, 1913 -1922.