ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ STRESS CỦA CÁN BỘ NGÀNH Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG TRONG THỜI ĐIỂM DỊCH COVID-19 DIỄN BIẾN PHỨC TẠP

Ngô Thị Kim Yến[1], Trần Thị Hoài Vi[1], Trần Thanh Thủy[1], Nguyễn Tiên Hồng[1], Phạm Thị Kim Chi[1], Võ Văn Thắng[2], Lê Đình Dương[2], Nguyễn Đình Trung[2], Nguyễn Phúc Thành Nhân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá mức độ stress của các cán bộ ngành y tế thành phố Đà Nẵng và mô tả các yếu tố liên quan đến mức độ stress của các cán bộ ngành y tế thành phố Đà Nẵng trong thời điểm dịch COVID-19 diễn biến phức tạp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện từ tháng 30/8/2020 đến tháng 15/09/2020 trên 1.005 cán bộ đang công tác trong ngành y tế thành phố Đà Nẵng bao gồm các cơ sở y tế công lập, y tế tư nhân trên địa bàn thành phố tham gia công tác phòng, chống dịch COVID-19 thông qua khảo sát trực tuyến. Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn sử dụng các câu hỏi nhiều lựa chọn và sử dụng thang đo DASS21 (lấy ra 07 câu đánh giá về mức độ stress). **Kết quả:** Trong số 1.005 đối tượng tham gia khảo sát, có đến 45,57% đối tượng tham gia nghiên cứu ở ngưỡng bị stress trong đó 12,84% ở mức độ stress nhẹ, 11,94% ở mức độ stress trung bình, 17,11% ở mức độ stress nặng và 3,68% ở mức độ stress rất nặng. Qua chạy phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy có 04 yếu tố có liên quan đến mức độ stress của các cán bộ y tế trong thời điểm dịch COVID-19 diễn biến phức tạp tại Đà Nẵng gồm: giới (OR=0,7; KTC 95%: 0,51-0,96; p=0,03), giờ làm việc/tuần (OR=1,01; KTC 95%: 1,0-1,01; p=0,08); trang bị phương tiện bảo hộ phòng chống dịch (OR=0,79; KTC 95%: 0,71-0,89; p<0,001) và hỗ trợ từ đồng nghiệp (OR=0,92; KTC 95%: 0,85-1,01; p=0,07). **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra nhiều cán bộ ngành y tế bị tác động bởi dịch COVID-19 trong thời điểm Đà Nẵng được xem là tâm dịch COVID-19 của cả nước. Cần có nhiều biện pháp can thiệp để bảo vệ đội ngũ cán bộ y tế trong thời gian đến, kể cả các cán bộ y tế tuyến đầu chống dịch và các cán bộ hành chính, hậu cần.

Từ khóa: COVID-19, stress, y tế.

SUMMARY

STRESS LEVEL OF HEALTH WORKERS AND DESCRIBE FACTORS RELATED TO THE STRESS DURING THE COMPLICATED COVID-19 EPIDEMIC IN DA NANG CITY

Objectives: To evaluate the stress level of health workers and describe factors related to the stress during the complicated COVID-19 epidemic in Da Nang city. **Subjects and methods:** the cross-sectional study was conducted from August 30 to September 15, 2020, on 1.005 health staff work at the public and private health facilities in Da Nang city an online survey. The questionaire use multiple choice questions and use the DASS21 scale (take out 07 questions to assess stress levels). Health staff of Da Nang city, including public and private health facilities, who are participate in prevention and control the COVID-19 epidemic in Da Nang city. **Results:** In total1. 005

[1]*Sở Y tế thành phố Đà Nẵng*
[2]*Viện Nghiên cứu sức khỏe cộng động - Trường Đại học Y Dược Huế*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Kim Yến
Email: yenntk@danang.gov.vn
Ngày nhận bài: 20.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

respondents completed the questionaire, up to 45.57% of health staffs in this study were at the stress threshold, of which 12.84% was at mild stress levels, 11.94% at moderate stress levels, 17.11% at severe stress levels and 3,68% are in extreme severe stress levels. The logistic multivariate regression analysis showed that there were 04 factors related to the stress level of health workers during the COVID-19 epidemic outbreak in Da Nang, including: gender (OR = 0, 7; 95%CI: 0.51-0.96; p = 0.03), working hours / week (OR = 1.01; 95% CI: 1.0-1.01; p = 0.08); Personal protective equipment (OR = 0.79; 95%CI: 0.71-0.89; p <0.001) and supports from co-workers (OR = 0.92; 95% confidence interval: 0, 85-1.01; p = 0.07). **Conclusions:** The study showed that many health workers were affected by the COVID-19 epidemic outbreak at Da Nang. There should be many interventions to protect health workers in the coming time.

***Keywords**:* COVID-19, stress level, health worker.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ ca bệnh đầu tiên được báo cáo tại Trung Quốc vào cuối tháng 12 năm 2019 [4], [1], dịch bệnh đã lây lan với tốc độ chóng mặt và nhanh chóng được Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG) xếp loại là đại dịch, có phạm vi ảnh hưởng trên phạm vi toàn cầu [8]. Tại thành phố Đà Nẵng, dịch bệnh được ghi nhận qua 02 giai đoạn, trong đó giai đoạn 1 với 06 ca bệnh được phát hiện, điều trị khỏi và giai đoạn 2, từ ngày 24/7 đến ngày 23/9 với 389 ca bệnh được phát hiện trong tổng số 657 trường hợp mắc trong nước và 31 trường hợp tử vong trong tổng số 35 ca tử vong trên toàn quốc. [2]

Tình hình diễn biến dịch bệnh COVID-19 tại Đà Nẵng được đánh giá là hết sức phức tạp và Đà Nẵng được xem là điểm nóng của toàn quốc với số ca nhiễm COVID-19 mới trong cộng đồng tăng rất cao, điều này đã tác động không nhỏ đến người dân thành phố nói chung và ngành y tế nói riêng. Nhân viên y tế tuyến đầu (NVYT) đối mặt với nguy cơ lây nhiễm và tử vong cao hơn đáng kể do phơi nhiễm COVID-19 quá mức [5]. Sự kết hợp của khối lượng công việc gia tăng, thiếu nhân sự, nguy cơ lây truyền và thiếu nguồn lực ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất và tinh thần của nhân viên y tế và đặt hệ thống chăm sóc sức khỏe dưới gánh nặng cực kỳ nghiêm trọng. [3]

Nghiên cứu này nhằm mục đích tìm hiểu mức độ stress do tác động của đại dịch COVID-19 đến các cán bộ ngành y tế đã và đang tham gia trực tiếp các công việc phòng chống dịch COVID-19 trên địa bàn thành phố Đà Nẵng, từ đó có định hướng tăng cường các biện pháp bảo vệ đội ngũ cán bộ y tế trong quá trình công tác nói chung và phòng chống dịch bệnh nói riêng trong thời gian đến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ ngành y tế thành phố Đà Nẵng bao gồm các cơ sở y tế công lập, y tế tư nhân trên địa bàn thành phố tham gia công tác phòng, chống dịch COVID-19.

+ Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện từ tháng 30/8/2020 đến tháng 15/09/2020 trên 1.005 cán bộ đang công tác trong ngành y tế thành phố Đà Nẵng thông qua khảo sát trực tuyến. Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn sử dụng các câu hỏi nhiều lựa chọn và sử dụng thang đo DASS21 (lấy ra 07 câu đánh giá về mức độ stress).

STT	Câu hỏi	Thang điểm
1.	Tôi thấy khó mà thoải mái được	0 1 2 3
2.	Tôi đã phản ứng thái quá khi có những sự việc xảy ra	0 1 2 3
3.	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0 1 2 3
4.	Tôi thấy bản thân dễ bị kích động	0 1 2 3
5.	Tôi thấy khó thư giãn được	0 1 2 3
7.	Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0 1 2 3
8.	Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái	0 1 2 3
	0 - Không đúng với tôi chút nào cả 1 - Đúng với tôi phần, hoặc thỉnh thoảng mới đúng 2 - Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng 3 - Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng	

Cộng điểm các câu hỏi lại, sau đó nhân 2 và so sánh với bảng kết quả sau.

Mức độ	Stress
Bình thường	0 - 14
Nhẹ	15 - 18
Vừa	19 - 25
Nặng	26 - 33
Rất nặng	≥34

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Nhân khẩu học và đặc điểm nghề nghiệp của các cán bộ y tế (n=1005)

Đặc điểm	Tổng	CB tuyến đầu	CB hành chính
Tổng chung	1005 (100.0%)	746 (74.23%)	259 (25.77%)
Tuổi (năm)	33.17 ± 8.94	32.85 ± 8.88	34.10 ± 9.04
Giới			
Nam	247 (24.58%)	205 (27.48%)	42 (16.22%)
Nữ	758 758 (75.42%)	541 (72.52%)	217 (83.78%)
Tình trạng hôn nhân			

Đã kết hôn	667 (66.37%)	483 (64.75%)	184 (71.04%)
Độc thân	320 (31.84%)	252 (33.78%)	68 (26.25%)
Ly dị	18 (1.79%)	11 (1.47%)	7 (2.70%)
Sống cùng với những người yếm thế			
Có	785 (78.11%)	584 (78.28%)	201 (77.61%)
Không	220 (21.89%)	162 (21.72%)	58 (22.39%)
Chuyên ngành			
Bác sỹ	162 (16.12%)	116 (19.93%)	31 (18.79%)
Điều dưỡng	408 (40.60%)	285 (48.97%)	41 (24.86%)
Xét nghiệm	47 (4.68%)	32 (5.50%)	9 (5.45%)
Dược sỹ	84 (8.36%)	48 (8.25%)	17 (10.3%)
Y tế công cộng	22 (2.19%)		16 (9.7%)
Khác	282 (28.06%)	101 (17.35%)	51 (30.91%)
Thâm niên công tác(năm)	8.37 ±7.67	8.44 ± 7.99	8.19± 6.73
Đơn vị công tác			
Bệnh viện công	155 (15.38%)	101 (65.16%)	13 (8.39%)
Bệnh viện tư	344 (34.13%)	230 (66.86%)	17 (4.94%)
Trung tâm KSBT (CDC)	48 (4.76%)	8 (16.67%)	40 (83.33%)
TTYT quận, huyện	308(30.56%)	161 (52.27%)	57 (18.51%)
Khác (TYT, các đơn vị y tế hậu cần khác)	153 (15.18%)	83 (54.25%)	39 (25.49%)

Được diễn giải bằng tỷ lệ % hoặc giá trịtrung bình ± độ lệch chuẩn.

Các chữ viết tắt: CDC: Trung tâm kiểm soát bệnh tật (KSBT); tuyến đầu: điều trị và dự phòng trực tiếp bệnh nhân COVID-19 hoặc trường hợp F1; Nhóm người yếm thế: trẻ em<12 tuổihoặc người giàhoặc người đang mắc bệnh mạn tính, phụ nữ có thai; TYT: Trạm y tế.

Nhận xét: trong số 1.005 cán bộ tham gia nghiên cứu có 74,23% cán bộ thuộc các đơn vị tham gia tuyến đầu chống dịch COVID-19. Độ tuổi trung bình 33.17 ± 8.94, thâm niên công tác trung bình là 8.37 ±7.67 năm và phần lớn cán bộ tham gia nghiên cứu là nữ giới (75.42%). Có 66.37% cán bộ tham gia nghiên cứu đã kết hôn, có đến 78.11% cán bộ sống chung với những người yếm thế.

2. Đặc điểm về công việc trong thời điểm dịch bùng phát

Bảng 2. Đặc điểm công việc của các nhân viên y tế trong thời kỳ dịch bùng phát

Đặc điểm	Tổng	CB tuyến đầu	CB hành chính
Giờ làm việc/ngày	9.66 ±4.58	10.07 ±5.02	8.48 ±2.65
Ngày làm việc/tuần	5.41 ±0.93	5.37 ±0.98	5.52 ±0.77
Ca đêm			
Có	98 (9.75)	91 (12.2)	7 (2.7)
Không	907 (90.25)	655 (87.8)	252 (97.3)
Đủ kiến thức đáp ứng công việc hiện tại	8.40 ±1.40	8.48 ±1.24	8.15 ±1.76
Phương tiện đầy đủ đáp ứng công việc hiện tại	8.38 ±1.59	8.37 ±1.50	8.42 ±1.81
Phương tiện bảo hộ phòng dịch (PPE)	8.81 ±1.45	8.80 ±1.39	8.81 ±1.61
Hỗ trợ từ đồng nghiệp	8.37 ±1.79	8.71 ±1.73	8.24 ±1.96
Hỗ trợ từ gia đình và người thân	8.70 ±1.74	8.69 ±1.76	8.72 ±1.68
Hỗ trợ từ xã hội	7.38 ±2.35	7.49 ±2.24	7.07±2.61

Nhận xét: Kết quả cho thấy giờ làm việc/ngày trung bình của cán bộ y tế tuyến đầu chống dịch là 10.07 ± 5.02 (trên 08 giờ/ngày). Số ngày làm việc mỗi tuần trung bình 5,41 ±0.93 ngày. Với các biến số về đủ kiến thức đáp ứng công việc hiện tại, được trang bị phương tiện bảo hộ đầy đủ, được hỗ trợ từ đồng nghiệp, gia đình, người thân và xã hội được đánh giá theo thang đo Likert-10 ở các mức trung bình khá cao, lần lượt đạt điểm trung bình 8.40 ±1.40, 8.81 ± 1.45, 8.37 ± 1.79, 8.70 ± 1.74 và 7.38 ±2.35.

3. Mức độ stress của nhân viên y tế

Bảng 3. Mức độ stress của nhân viên y tế

Mức độ stress	Tổng	CB tuyến đầu	CB hành chính
Bình thường	547 (54.43)	413 (55.36)	134 (51.74)
Không bình thường	458 (45.57)	333 (44.64)	125 (48.26)
Nhẹ	129 (12.84)	108 (14.48)	21 (8.11)
Trung bình	121 (11.94)	84 (11.26)	36 (13.90)
Nặng	172 (17.11)	116 (15.55)	56 (21.62)
Rất nặng	37 (3.68)	25 (3.35)	12 (4.63)
Điểm Trung vị (IQR: khoảng tứ phân vị)	**14 (8-22)**	**14 (6-22)**	**14 (8-26)**

IQR (inter quartile ranges): khoảng tứ phân vị 95% Ci: 42,5% - 48,7%

Nhận xét: Trong số 1.005 đối tượng tham gia khảo sát, có đến 45,57% đối tượng tham gia nghiên cứu ở ngưỡng bị stress trong đó 12,84% ở mức độ stress nhẹ, 11,94% ở mức độ stress trung bình, 17,11% ở mức độ stress nặng và 3,68% ở mức độ stress rất nặng.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến stress giữa các nhân viên y tế bằng hồi quy đa biến logistic

Stress	Tỷ suất chênh	Sai số chuẩn (Std. Err.)	z	95% CI	p
Tuổi	0.99	0.01	-0.73	0.98 - 1.01	0.46
Giới	0.70	0.11	-2.24	0.51 - 0.96	0.03
Tình trạng hôn nhân	0.87	0.15	-0.80	0.63 - 1.21	0.42
Sống với người yếm thế	0.87	0.15	-0.79	0.62 - 1.22	0.43
Vị trí công tác	1.25	0.19	1.44	0.92 - 1.69	0.15
Ngày làm việc/tuần	1.01	0.00	1.75	1.0 - 1.01	0.08
Đủ kiến thức	0.92	0.05	-1.48	0.82 - 1.03	0.14
Phương tiện bảo hộ cá nhân phòng dịch	0.79	0.05	-3.98	0.71 - 0.89	<0,001
Hỗ trợ từ đồng nghiệp	0.92	0.04	-1.81	0.85 - 1.01	0.07

Phân tích đa biến logistics với các nhóm giá trị tham khảo gồm: nam, đã kết hôn, sống với người yếm thế (Có), Vị trí công tác (Cán bộ tuyến đầu chống dịch); Được tập huấn trước đó; Có trang bị phương tiện phòng hộ chống dịch; Hỗ trợ từ đồng nghiệp (được đánh giá bởi thang đo Likert).

Kết luận: có các yếu tố gồm giới (OR=0,7; KTC 95%: 0,51-0,96; p=0,03), số ngày làm việc/tuần (OR=1,01; KTC 95%: 1,0-1,01; p=0,08); trang bị phương tiện bảo hộ phòng chống dịch (OR=0,79; KTC 95%: 0,71-0,89; p<0,001) và hỗ trợ từ đồng nghiệp (OR=0,92; KTC 95%: 0,85-1,01; p=0,07) là các yếu tố tác động liên quan đến mức độ stress của các cán bộ y tế trong thời điểm phòng chống dịch COVID-19 vừa qua.

IV. BÀN LUẬN

Điểm trung bình về mức độ stress của các cán bộ tham gia khảo sát là khá cao, ở ngưỡng xấp xỉ ranh giới giữa mức bình thường và mức độ nhẹ của stress (14 điểm). Điều này là hoàn toàn phù hợp với tình hình dịch bệnh bùng phát tại thành phố Đà Nẵng tại thời điểm nghiên cứu. Bên cạnh đó, thời điểm Đà Nẵng bùng phát dịch COVID-19 đợt 2 với số ca nhiễm trong cộng đồng tăng cao, đặc biệt có 31 trường hợp cán bộ y tế dương tính với COVID-19. Kết quả ghi nhận về mức độ stress ở nghiên cứu này cũng tương đồng với các nhận định từ các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới như của "Sự lây lan nhanh chóng của COVID-19 đã tạo ra những thách thức cho các hệ thống chăm sóc sức khỏe và buộc các nhân viên y tế phải vật lộn với các yếu tố gây căng thẳng về lâm sàng và phi y tế, bao gồm thiếu thiết bị bảo hộ cá nhân, tỷ lệ tử vong và bệnh tật liên quan đến COVID-19, lo sợ mang virus về nhà cho các thành viên trong gia đình, và thực trạng mất đồng nghiệp vì bệnh" [4].

Kết quả nghiên cứu này về mức độ stress khá tương đồng vơi tác giả Tayyiba Wasim khảo sát các cán bộ y tế tại bệnh viện Tertiary Care ghi nhận tỷ lệ các nhân viên y tế có các triệu chứng trầm cảm ở 222 người (62,35%), lo lắng ở 227 người (64,76%), căng thẳng ở 197 người (55,33%) và mất ngủ ở 190 người (53,37%). [9] Một nghiên cứu khác về tác động tâm lý trên cán bộ y tế do ảnh hưởng của COVID-19 cũng ghi nhận có 41,9% nhân viên y tế có triệu chứng lo âu, 37,5% có triệu chứng trầm cảm và 33,9% có triệu chứng mất ngủ [7].

Với diễn biến phức tạp của tình hình dịch COVID-19 trên địa bàn thành phố, có thể nói ngành y tế thành phố Đà Nẵng đã có nhiều áp lực vào thời điểm những ngày đầu của bùng phát dịch, tuy nhiên sau đó với sự vào cuộc của cả hệ thống chính trị và người dân từ Trung ương đến địa phương, thành phố Đà Nẵng đã kiểm soát dịch bệnh hiệu quả sau hơn 1 tháng triển khai đồng bộ nhiều giải pháp theo tinh thần thần tốc, quyết liệt và đúng phương châm "ngăn chặn triệt để, phát hiện sớm, cách ly kịp thời, khoanh vùng dập dịch và điều trị hiệu quả". Kết quả đạt được này là nhờ sự chỉ đạo quyết liệt của Chính phủ, Bộ Y tế; sự chi viện chuyên môn kịp thời của các bệnh viện tuyến Trung ương, sự chia lửa của các đội ngũ cán bộ y tế và nhân dân trong cả nước. Công tác chuẩn bị, hậu cần chu đáo là điều kiện đủ để đảm bảo các giải pháp được triển khai đầy đủ. Phòng chống dịch dựa trên cơ sở khoa học, tuân thủ các nguyên tắc chuyên môn đi đôi với thông tin kịp thời, minh bạch không chỉ tránh được sự hoang mang, lo sợ mà còn tạo được niềm tin, sự chung tay, đồng lòng. Đặc biệt, quán triệt nguyên tắc 4 tại chỗ trong phòng chống dịch, vai trò chủ động, tự chịu trách nhiệm của người đứng đầu của thành phố, của từng địa phương, sở ngành, đoàn thể được phát huy cao độ. Cuối cùng nhưng trên hết là sự đồng lòng của người dân toàn thành phố.

Từ những yếu tố thực tế nêu trên cũng lý giải được phần nào về điểm đánh giá ở mức khá cáo về các biến số: đủ kiến thức đáp ứng công việc hiện tại, được trang bị phương tiện bảo hộ đầy đủ, được hỗ trợ từ đồng nghiệp, gia đình, người thân và xã hội được đánh giá theo thang đo Likert-10 ở các mức trung bình khá cao, lần lượt đạt điểm trung bình 8.40 ±1.40, 8.81 ± 1.45, 8.37 ± 1.79, 8.70 ± 1.74 và 7.38 ±2.35. Có thể nói đây cũng là những điểm mạnh của ngành y tế thành phố để góp phần vượt qua thử thách đại dịch COVID-19 trong thời gian vừa qua, các cán bộ y tế đã được trang bị đủ các kiến thức để đáp ứng mọi tình huống, cụ thể thực tế tại thời điểm bùng phát dịch COVID-19 tại Bệnh viện Đà Nẵng, ngành y tế đã huy động và chuyển các bệnh nhân sang các bệnh viện đủ năng lực tiếp nhận điều trị COVID-19 trên địa bàn như Bệnh viện Phổi, Bệnh viện dã chiến tại Trung tâm Y tế huyện Hòa Vang.

Qua phân tích hồi quy đa biến logistics, các yếu tố gồm giới (OR=0,7; KTC 95%: 0,51-0,96; p=0,03), số ngày làm việc/tuần (OR=1,01; KTC 95%: 1,0-1,01; p=0,08); trang bị phương tiện bảo hộ phòng chống dịch (OR=0,79; KTC 95%: 0,71-0,89; p<0,001) và hỗ trợ từ đồng nghiệp (OR=0,92; KTC 95%: 0,85-1,01; p=0,07) là các yếu tố tác động liên quan đến mức độ stress của các cán bộ y tế trong thời điểm phòng chống dịch COVID-19 vừa qua. Kết quả ghi nhận nữ giới có xu hướng dễ bị stress hơn so với nam giới, số ngày làm việc trong tuần càng cao thì mức độ stress càng cao, trang bị phương tiện bảo hộ ở mức điểm thấp thì mức độ stress càng cao, hỗ trợ từ

đồng nghiệp điểm càng cao thì mức độ stress càng thấp và ngược lại. Đây là những yếu tố có thể nói là rất hợp lý, thời gian làm việc càng nhiều thì mức độ căng thẳng cũng càng cao do chịu áp lực và thiếu thời gian nghỉ ngơi cũng như nếu đượ trang bị các phương tiện bảo hộ càng đầy đủ thì tâm lý của cán bộ y tế cũng thấy an toàn hơn. Đồng thời, khi được sự hỗ trợ của đồng nghiệp thì mức độ san sẻ căng thẳng cũng giảm bớt.

V. KẾT LUẬN

Việc bảo vệ sức khỏe tinh thần của nhân viên y tế là điều quan trọng không chỉ để giảm bớt những gánh nặng tâm lý mà họ phải đối mặt mà còn bởi vì căng thẳng tâm lý đe dọa làm giảm sự sẵn sàng hoặc khả năng tiếp tục vai trò quan trọng của họ trong công cuộc bảo vệ, chăm sóc sức khỏe người dân.

Do vậy cần tăng cường tinh thần sẵn sàng cho bác sĩ và các nhân viên y tế, các nhà quản lý cũng cần các công cụ tâm lý và có lẽ cần thêm các chuyên gia hỗ trợ tâm lý cho các cán bộ y tế và nội dung hỗ trợ tâm lý này cần tập trung vào tác động tâm lý của các mối đe dọa sinh học để giúp đối phó với căng thẳng và lo lắng khi đối mặt với đại dịch trong bối cảnh hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bassetti M, Vena A, Giacobbe DR.** The novel Chinese coronavirus (2019-nCoV) infections: Challenges for fighting the storm. Eur J Clin Invest. 2020;50(3):e13209. https://doi.org/10.1111/eci.13209.
2. **Bộ Y tế** (2020), Sáng 16/10 không ca mắc COVID-19, Việt Nam chữa khỏi 1.030 bệnh nhân, truy cập ngày 16/10/2020 tại trang web: https://ncov.moh.gov.vn/vi/web/guest/-/6847426-335.
3. **Dimitrios Giannis** (2020), Impact of coronavirus disease 2019 on healthcare workers: beyond the risk of exposure, Postgraduate Medical Journal.
4. **Heather Hall** (2020), The effect of the COVID-19 pandemic on healthcare workers' mental health, Journal of the American Academy of Physician Assistants: July 2020 - Volume 33 - Issue 7 - p 45-48.
5. **Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al.** First case of 2019 novel coronavirus in the United States. N Engl J Med. 2020;382(10):929–36. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191.
6. **Natasha Shaukat, Daniyal Mansoor Ali, Junaid Razzak** (2020), Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review.
7. **Pratik Khahal** (2020), Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal, Journal globalization and health.
8. **Rothan HA, Byrareddy SN**. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmun. Academic Press; 2020. p. 102433.
9. **Tayyiba Wasim (2020),** Effect of COVID-19 Pandemic on Mental Wellbeing of Healthcare Workers in Tertiary Care Hospital, Vol. 26 No. Special Issue (2020): AKEMU.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁI PHÁT CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỦY NGANG CÓ LAN TỎA THEO CHIỀU DỌC

Nguyễn Hồng Quân*, Nguyễn Văn Thạch*, Trần Thị Thúy Hằng*, Lê Đình An *

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc là bệnh lý nghiêm trọng và có nguy cơ tái phát cao. Tại Việt Nam chúng tôi chưa thấy có nhiều nghiên cứu về đề cập đến vấn đề này. Vì vậy nghiên cứu nhằm bước đầu mô tả điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tái phát của bệnh nhân viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc 17 bệnh nhân viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện 108 từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 5 năm 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh là 47,2 ± 13,2 tuổi, tỷ lệ nữ giới là 53,4%, thời gian tiến triển dưới 2 tuần là 52,9%. Tổn thương tủy ngực 64,6%. Biến đổi dịch não tủy gặp ở 88,2% bệnh nhân, trong đó tăng tế bào 44,1%, tăng protein 52,9%, Pandy dương tính 76,5%. Trong thời gian theo dõi trung bình 35 tháng có 70,6% bệnh nhân tái phát. Bệnh nhân tái phát có tình trạng chức năng xấu hơn (mRs 3,17±1,1 so với 1,4±0,54 p < 0,05).

Kết luận: bệnh nhân viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc có nguy cơ tái phát cao và có tiên lượng xấu hơn về chức năng ở nhóm tái phát.

Từ khóa: Viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc, tái phát.

SUMMARY

STUDY CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND RECURRENCE OF PATIENT WITH LONGITUDINALLY EXTENSIVE TRANSVERSE MYELITIS

Objectives: Longitudinally extensive transverse myelitis is severe disease and higth risk recurrence. In Vietnam, we haven't seen many research on that disease yet. As the result, our goal of the research is to firstly describe the clinical, laboratory characteristics and recurrence of patients with Longitudinally extensive transverse myelitis. **Methods:** describe and follow up study of 17 patients in Neurology Department of 108 Military Hospital from January, 2014 to May, 2019. **Results:** The average age of patients was 47.2 ± 13.2 years old with the percentage of women was 53.4% and the duration of the plateau phase of symptoms under 2 weeks was 52.9%. The percentage of the lesion in the thoracic spinal cord was 64.6%. The changes in the cerebrospinal fluid (CSF) was seen in 88,2% of patients with 44.1% increase in the number of blood cells, 52.9% increase in the protein level and 76.5% with positive Pandy's reaction. In the following-up time of average 35 months, there was 70.6% of recurrence. Patients with recurrence had worse functional status (mRs 3.17 ± 1.1 vs 1.4 ± 0.54, p < 0,01). **Conclusion**: Patients with Longitudinally extensive transverse myelitis heve higth risk recurrence, the recurrent group had worse functional status.

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Quân
Email: drquana21bv108@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Keywords: Longitudinally extensive transverse myelitis, recurrence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc (Longitudinally extensive transverse myelitis: LETM) là bệnh lý viêm tủy có tổn thương tủy tăng tín hiệu trên xung T2 của phim chụp cộng hưởng từ cột sống kéo dài từ 3 đốt sống trở lên. Đây là nhóm được phân loại ban đầu theo hình ảnh nhưng rất quan trọng bởi đây là nhóm thường gây tổn thương nghiêm trọng và có nguy cơ tái phát cao[1].

Tại Việt Nam chúng tôi chưa thấy có nhiều nghiên cứu về viêm tủy, đăc biệt là rất ít các dữ liệu về LETM cũng như dữ liệu về tái phát của viêm tủy. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *mô tả điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tái phát của bệnh nhân viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh nhân mắc viêm tủy ngang có tổn thương tủy từ 3 đốt sống trở lên, nhập viện tại khoa Nội thần kinh bệnh viện trung ương quân đội 108 từ năm 2014 tới năm 2019. Thu thập, đánh giá lại hồ sơ, phim cộng hưởng từ và liên lạc với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân để đánh giá lại chẩn đoán và bước đầu đánh giá tái phát, tình trạng của bệnh nhân tại thời điểm khảo sát. Việc đánh giá được tiến hành bởi ít nhất 01 bác sĩ nội thần kinh và 01 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm. Loại khỏi nghiên cứu các bệnh nhân không thể chẩn đoán xác định viêm tủy, tổn thương tủy do bệnh lý mạch máu, u tủy, ung thư , viêm tủy do virut, tổn thương tủy sau xạ trị, thất lạc phim MRI, bệnh nhân mất liên lạc…

Chúng tôi xem xét hồ sơ tất cả các bệnh nhân chẩn đoán ban đầu là theo dõi viêm tủy, nhập khoa nội Thần kinh Bệnh viện TWQĐ 108 từ 1/2014 – 12/ 2018. Có 44 bệnh nhân được ghi nhận, sau khi thu thập hồ sơ đánh giá loại trừ còn 17 bệnh nhân. Các bệnh nhân được đánh giá đặc điểm về tuổi, giới, tổn thương thần kinh, đặc điểm trên phim MRI cột sống, xét nghiệm dịch não tủy, các biện pháp điều trị. Tái phát và tình trạng chức năng tại thời điểm kết thúc đánh giá theo thang điểm Rankin cải biên. Khẳng định tái phát dựa trên bệnh nhân khám lại hoặc tái nhập viện vì viêm tủy tái phát, với bệnh nhân nhập viên lần đầu nhưng trước đó đã có đợt viêm tủy ngang được xác định thì tính là đợt tái phát.

Các số liệu thống kê được tính theo tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ và so sánh 2 số trung bình trên phần mềm thống kê SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 47,2 ± 13,2 tuổi, tỷ lệ nữ giới là 53,4%. Đau khi khởi phát 64,7%, liệt chi 100%, rối loạn cảm giác 100%, rối loạn cơ vòng 88,2%. Thời gian tiến triển dưới 7 ngày 35,3%, từ 7-14 ngày 17,6%, trên 14 ngày 47,1%. Sức cơ chân trung bình khi nhập viện là 2,8 ± 0,94 điểm (bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình	47.2 ± 13.2 (27-70 tuổi)
Giới: Nữ	9/17 (53,4%)
Triệu chứng	
Đau	11/17 (64,7%)
Rối loạn cảm giác	17/17 (100%)
Liệt chi	17/17 (100%)
Rối loạn cơ vòng	15/17 (88,2%)
Sức cơ chân (khi nhập viện)	2,8 ± 0.94 (0-5)
Sức cơ chân (khi ra viện)	3.4 ± 0.87 (1-4)
Thời gian tiến triển	
Dưới 7 ngày	6/17 (35,3%)
Từ 7-14 ngày	3/17 (17,6%)
Trên 14 ngày	8/17 (47,1%)

Tuổi và giới của bệnh nhân khác nhau trong các nghiên cứu do khu vực địa lý và cách thức thu thập bệnh nhân. Chúng ta biết rằng viêm tủy ngang có nhiều nguyên nhân khác nhau như viêm tủy ngang tự phát (idiopathic transverse myelitis), bệnh phổ viêm tủy thị thần kinh, viêm tủy có liên quan đến kháng thể MOG, đôi khi là cả xơ não tủy rải rác…Bệnh có thể mắc ở mọi lứa tuổi nhưng nhìn chung các nghiên cứu về viêm tủy ngang tự phát hoặc viêm tủy ngang nói chung cho thấy độ tuổi thường gặp nhất là 35-45 tuổi[1, 2]. Các bệnh nhân viêm tủy ngang do kháng thể MOG, xơ não tủy rải rác có thể có độ tuổi trung bình thấp hơn. Không có khác biệt lớn về tỷ lệ nữ/nam trong các nghiên cứu không phân loại hoặc trong viêm tủy ngang tự phát nhưng với các nguyên nhân cụ thể thì có sự chênh lệch lớn, với viêm tủy có kháng thể AQP4 dương tính tỷ lệ nữ/nam khoảng 5-10/1. Viêm tủy có kháng thể MOG dương tính có tỷ lệ nữ chỉ khoảng 37,5-44%[1-3].

Liệt chi, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ vòng là những triệu chứng thường gặp nhất, thực tế thì đây là những thiếu sót thần kinh chủ yếu khi có tổn thương tủy theo khái niệm về viêm tủy tuy nhiên không phải mọi bệnh nhân đều có tất cả các dấu hiệu này. Đau theo các rễ thần kinh chủ yếu ở các rễ xuất phát từ đoạn tủy bị tổn thương thương và nặng nề nhất khi khởi phát bệnh.

Tiến triển của viêm tủy ngang chủ yếu là cấp hoặc bán cấp trong một vài tuần, một số tác giả còn cho thấy có thể diễn tiến kiểu mãn tính trong nhiều tháng. Trong nghiên cứu của chúng 47,1% bệnh nhân có tiến triển kéo dài trên 2 tuần, có một số bệnh nhân tiến triển trong nhiều tháng và quá trình hồi phục chỉ xuất hiện khi được điều trị corticoid và ức chế miễn dịch.

Tổn thương tại tủy cổ 17,7,%, tủy ngực 64,6%, cả cổ và ngực 17,7%, tổn thương lan

rộng đến hành tủy 5,9%. Độ dài tổn thương tủy trung bình là 5,4±1,8 đốt sống (3-8 đốt sống), 5/5 bệnh nhân được tiêm thuốc đối quang từ đều có hình ảnh ngấm thuốc, 94,1% có tổn thương ưu thế ở trung tâm tủy. Biến đổi dịch não tủy gặp ở 88,2% bệnh nhân, trong đó tăng tế bào 44,1%, tăng protein 52,9%, Pandy dương tính 76,5% (bảng 2).

Bảng 2 Đặc điểm cận lâm sàng

Hình ảnh MRI	
Vị trí tổn thương	
Tủy cổ	3/17 (17,7%)
Tủy ngực	11/17 (64,6%)
Cả tủy cổ và ngực	3/17 (17,7%)
Lan lên hành tủy	1/17 (5,9%)
Độ dài tổn thương	
Dưới 3-5 đốt sống	10/17 (58,8%)
Trên 5 đốt sống	7/17 (41,1%)
Số đốt tổn thương trung bình	5,4± 1,8 (1-8)
Đặc điểm tổn thương	
Ngấm thuốc đối quang từ	5/5 bệnh nhân
Tổn thương trung tâm tủy chiếm ưu thế	16/17 bệnh nhân
Xét nghiệm dịch não tủy	
Tăng protein	52,9%
Tăng tế bào	41,1 %
Phản ứng Pandy dương tính	76,5 %
Có bất thường dịch não tủy	88,2 %

Nguyên nhân của viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc (LETM) rất đa dạng tuy có khác nhau về tỷ lệ cụ thể theo khu vực địa lý, giới tính và chủng tộc. Tuy nhiên thường gặp nhất vẫn là do kháng thể kháng AQP4, chiếm 35-60% nên có thể nói đây là nguyên nhân chủ yếu của LETM. Tiếp đến là do các nguyên nhân như kháng thể kháng MOG, ADEM, Sarcoidosis, Behcetl, hội chứng Sjogren, Luput ban đỏ, ung thư[1, 4]…

Tại Việt Nam chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào về kháng thể kháng AQP4 cũng như các nguyên nhân của viêm tủy ngang. Trong một số nghiên cứu về kháng thể kháng AQP4 ở châu Á cho thấy dường như tỷ lệ bệnh nhân này cao hơn so với châu Âu. Theo một nghiên cứu tại Malaysia tỷ lệ có AQP4-ab dương tính lên tới 76,2%[5].

Phần lớn các bệnh nhân đều có biến đổi dịch não tủy như phản ứng pandy dương tính, tăng protein, tăng tế bào bạch cầu tuy nhiên mức tăng không lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi cao nhất là 25 tế bào/dl. Kết quả này nhìn trung là tương đồng với các tác giả khác.

Trong nghiên cứu này có 12 bệnh nhân tái phát chiếm 70,6%, số đợt tái phát trung bình 2,7 ± 1,3 đợt. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát cho thấy: tăng protein dịch não tủy, tiến triển dưới 1 tuần, tổn thương kéo dài, tuổi trẻ hơn có xu hướng tái phát nhiều hơn, trong đó tăng protein dịch não tủy có khác biệt với p<0,05. Tuy nhiên với số lượng bệnh nhân khá nhỏ nên chúng tôi cho rằng đây chỉ là những khảo sát ban đầu, cần có thêm những số liệu lớn hơn và những nghiên cứu khác để đánh giá kết quả này.

Các bệnh nhân tái phát có tình trạng chức năng kém hơn rõ rệt so với bệnh nhân không tái phát (bảng 3).

Bảng 3: một số yếu tố liên quan đến tái phát

Đặc điểm	**Không tái phát n = 5 (%)**	**Có tái phát n = 12 (%)**	**p**
Tuổi	48,4 ± 14,8	46,7 ± 13,1	0,82
Giới: Nam	2 (40)	6 (50)	1
Tiến triển dưới 1 tuần	0 (00)	6 (50)	0,1
Tổn thương > 5 đốt sống	1 (20)	6 (50%)	0,34
Độ dài tổn thương trung bình	5 ± 1,87	5,6 ± 1,83	0,56
Tăng protein DNT	**0 (00)**	**9 (76,9)**	**0,009**
Pandy dương tính	3 (60)	10 (83,3)	0,53
Tăng tế bào DNT	3 (60)	4 (33,3)	0,59
Có bất thường DNT	5 (100%)	10 (84,6)	1
mRS trung bình	**1,4 ± 0.54**	**3,17 ± 1,1**	**0,007**
Thời gian theo dõi (tháng)		35 ± 10,7	
Số đợt tái phát trung bình		2,7 ± 1,3 (1-5)	

Mặc dù số lượng bệnh nhân còn ít nhưng nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc lên tới trên 70%. Nhận định này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Theo Kimbrough và cộng sự trong một nghiên cứu có theo dõi dọc ít nhất 36 tháng với 192 bệnh nhân viêm tủy ngang lần đầu tại Mỹ cho thấy tỷ lệ tái phát của LETM là 67,6%, cao gấp đôi so với các loại khác. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy trên 60% bệnh nhân LETM có tái phát[6, 7].

Các yếu tố nguy cơ tái phát là tổn thương tủy kéo dài, nữ giới, chủng tộc (người mỹ gốc phi), có phản ứng viêm trong dịch não tủy, thiếu vitamin D... Các nguyên nhân như: do kháng thể kháng AQP4, xơ não tủy rải rác, do bệnh lý viêm miễn dịch khác (Sarcoidosis, Behcetl, hội chứng Sjogren, Luput ban đỏ…) cũng có nguy cơ tái phát cao hơn[1, 6].

Các nghiên cứu về tiên lượng đều cho thấy bệnh nhân tái phát có tiên lượng xấu hơn, tỷ lệ tử vong cao hơn[7, 8].

Việc lựa chọn bệnh nhân cần thiết phải điều trị ức chế miễn dịch nên được xem xét và đặt ra với các bệnh nhân có nguy cơ cao, cần có sự theo dõi kéo dài để kịp thời phát hiện bệnh nhân có tái phát cũng như tăng cường các xét nghiệm tầm soát nguyên nhân (kháng thể kháng MOG, AQP4, IgG index, Oligoclonal bands, SS-A Ab, SS-B Ab…). Trong điều kiện các xét nghiệm miễn dịch không sẵn có thì việc có thêm những số liệu nghiên cứu về tiên lượng tái phát viêm tủy ở Việt Nam nhằm lựa chọn những bệnh nhân có nguy cơ cao để điều trị dự phòng là rất cần thiết trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 17 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tủy ngang có lan tỏa theo chiều dọc, với thời gian theo dõi trung bình 35 tháng chúng tôi nhận thấy

+ Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 47,2 ± 13,2 tuổi, tỷ lệ nữ giới là 53,4%, thời gian tiến triển dưới 2 tuần là 52,9%. Tổn thương tủy ngực đơn thuần 64,6%. Biến đổi dịch não tủy gặp ở 88,2% bệnh nhân, trong đó tăng tế bào 41,1%, tăng protein 52,9%, Pandy dương tính 76,5%.

+ Theo dõi trung bình 35 tháng có 70,6% bệnh nhân tái phát, số đợt tái phát trung bình là 2,7±1,3. Bệnh nhân tái phát có tình trạng chức năng xấu hơn (mRs 3,17±1,1 so với 1,4±0,54 với p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kitley J., et al.,** Longitudinally Extensive Transverse Myelitis With and Without Aquaporin 4 Antibodies. JAMA Neurology, 2013. **70**(11): p. 1375-1381.
2. **Zalewski N.L., Flanagan EP, and Keegan BM,** Evaluation of idiopathic transverse myelitis revealing specific myelopathy diagnoses. Neurology, 2018. **90**(2): p. e96.
3. **Sato D.K., et al.,** Distinction between MOG antibody-positive and AQP4 antibody-positive NMO spectrum disorders. 2014. **82**(6): p. 474-481.
4. **Tobin W.O., Weinshenker BG, and Lucchinetti CF.** Longitudinally extensive transverse myelitis. Current opinion in neurology, 2014. **27**(3): p. 279-289.
5. **Abdullah S., Wong WF, and Tan C.** The Prevalence of Anti-Aquaporin 4 Antibody in Patients with Idiopathic Inflammatory Demyelinating Diseases Presented to a Tertiary Hospital in Malaysia: Presentation and Prognosis. Multiple Sclerosis International, 2017. **2017**: p. 1-6.
6. **Kimbrough, D.J., et al.** Predictors of recurrence following an initial episode of transverse myelitis. Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation, 2014. **1**(1): p. e4.
7. **Aijaz Ali SBB., Amir Riaz, et al**. Assessment of Clinical Outcomes in Patients Presenting with Transverse Myelitis: A Tertiary Care Experience from a Developing Country. Cureus e4342, 2019. **11**(3): p. e4342.
8. **Maillart E., et al.** Outcome and risk of recurrence in a large cohort of idiopathic longitudinally extensive transverse myelitis without AQP4/MOG antibodies. Journal of Neuroinflammation, 2020. **17**(1): p. 128.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG HỆ THỐNG TRẢ LỜI KẾT QUẢ TỰ ĐỘNG TRONG KỸ THUẬT ĐO CHỈ SỐ TIM- MẮT CÁ CHÂN (CAVI) VÀ CHỈ SỐ HUYẾT ÁP CỔ CHÂN- CÁNH TAY (ABI)

Bùi Mỹ Hạnh[1,2], Nguyễn Thị Thùy Trang[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, việc nhận định thủ công các kết quả trong kỹ thuật đo chỉ số tim-mắt cá chân (CAVI) và chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay (ABI) là một việc mang tính chủ quan, tốn thời gian và dễ bị sai sót. **Mục tiêu**: phát triển hệ thống nhận định kết quả tự động giúp việc đọc kết quả trở nên nhanh chóng và có độ chính xác cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: 100 kết quả đo CAVI và ABI trong năm 2019 được chọn ngẫu nhiên và đưa thành hai nhóm: nhóm sử dụng công cụ tự động và nhóm nhập kết quả thủ công. **Kết quả**: So sánh tốc độ trả lời kết quả và tính chính xác giữa hai phương pháp cho thấy sự khác biệt rõ rệt về thời gian trả lời kết quả cũng như mức độ mắc các lỗi giữa 2 nhóm (p <0,001). **Kết luận**: Như vậy, nhận định kết quả tự động trong kỹ thuật đo CAVI và ABI là một công cụ hữu ích, mang lại hiệu quả và độ tin cậy cao. Công cụ này giúp rút ngắn thời gian trả lời kết quả và ngăn ngừa được các sai sót chủ quan của người nhận định kết quả.

Từ khóa: chỉ số tim- mắt cá chân, CAVI, chỉ số huyết áp cổ chân- cánh tay, ABI, nhận định kết quả tự động.

SUMMARY

OUTCOME ASSESSMENT OF APPLYING AUTOMATIC RESULTS ANSWER SYSTEM OF THE CARDIO-ANKLE VASCULAR INDEX (CAVI) AND ANKLE-BRACHIAL INDEX (ABI) MEASUREMENT TECHINQUES

Backgound: Currently, the manual analysis of the results in the Cardio-Ankle Vascular Index (CAVI) measurement technique and the ankle-brachial blood pressure index (ABI) is subjective, time-consuming and easy to make mistakes. **Objectives**: Therefore, we develop the automatic result recognition system that makes reading results quickly and with high accuracy. **Subjects and Methods:** 100 CAVI and ABI measurement results in 2019 are randomly selected and put into two groups: group using automatic tools and group entering results manually. **Results:** Comparing the speed of response, the result shows difference between two group (p <0.05), besides we also evaluate the accuracy between the two methods at the same time. **Conclusion**: Thus, the automatic result identification in CAVI and ABI measurement techniques is a useful tool, bringing high efficiency and reliability. This tool helps to shorten the response time of the results and prevent the subjective errors of the result identifier.

Keywords: the Cardio-Ankle Vascular Index, CAVI, ankle-brachial blood pressure index, automatic result recognition

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mỹ Hạnh
Email: buimyhanh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch ngoại biên là bệnh thường gặp làm tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong. Nguyên nhân là do lắng đọng chất mỡ tại thành mạch gây hẹp và tắc nghẽn các động mạch chính ở chi dưới [1]. Xơ vữa động mạch là một bệnh hệ thống gây tổn thương các động mạch ở nhiều cơ quan khác nhau. Người có bệnh động mạch chi dưới cũng thường có xơ vữa động mạch ở động mạch vành và động mạch não. Có nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa động mạch chi, động mạch cảnh và bệnh động mạch vành và mối liên quan giữa bệnh động mạch ngoại biên với các biến cố tim mạch nguy cơ cao và tử vong cũng đã được chứng minh [2]. Nếu không điều trị thật tích cực bệnh lý xơ vữa động mạch, người bệnh có thể chết vì các biến chứng ở tim (nhồi máu cơ tim, đột tử) hoặc ở não (tai biến mạch máu não). Trong số những người bệnh động mạch chi dưới tử vong có 55 % chết do biến chứng ở tim và 10% chết do tai biến mạch máu não [3].Tuy nhiên hầu hết bệnh nhân bị bệnh động mạch ngoại biên không được chẩn đoán vì không có biểu hiện lâm sàng [4]. Bệnh động mạch ngoại biên chiếm tỷ lệ 10% ở nhóm tuổi dưới 70. 15-20% ở nhóm tuổi trên 70. Bệnh động mạch ngoại biên không triệu chứng chiếm tỷ lệ lên đến 70% và chỉ 10% trường hợp có triệu chứng đau cách hồi điển hình. Do đó, việc tầm soát xơ vữa động mạch sớm bằng các thăm dò không xâm lấn có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng và điều trị sớm các biến chứng do xơ vữa mạch gây ra. Các phương pháp khảo sát xơ vữa động mạch chi như: chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ABI), chỉ số tim- mắt cá chân (CAVI), chỉ số huyết áp ngón chân - cánh tay, ABI gắng sức, siêu âm doppler động mạch chi, cộng hưởng từ động mạch, chụp cắt lớp điện toán đa lớp cắt, chụp động mạch số hóa xóa nền. Trong đó, ABI và CAVI là hai chỉ số đo đơn giản, ít xâm lấn và có thể thực hiện rộng rãi trong cộng đồng. Theo khuyến cáo của hiệp hội tim mạch châu Âu năm 2017 về chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch ngoại biên thì ABI ≤ 0,9 có nguy cơ làm tăng hơn gấp 2 lần tỷ lệ biến cố mạch vành trong 10 năm, tử vong tim mạch và tử vong chung. Sau 5 năm bệnh nhân đau cách hồi sẽ bị nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ và tỷ lệ tử vong là 10-15 % [5]. Chỉ số CAVI tăng tỷ lệ thuận với số yếu tố nguy cơ tim mạch. Người bệnh có mức CAVI từ ngưỡng có nguy cơ xơ vữa động mạch trờ lên thì tiên lượng có nhiều nhánh mạch vành tổn thương cao hơn nhóm có chi số CAVI bình thường. Tuy nhiên chỉ số CAVI có ý nghĩa nhất để đánh giá mức độ tổn thương của nhánh LCX và RCA [6].

Theo nghiên cứu của Shirai [7], chỉ số CAVI tỷ lệ thuận với mức tăng BMI, CAVI là chỉ số giúp điều chỉnh lối sống và có thể được sử dụng làm tiêu chí đánh giá các phương pháp điều trị ngăn ngừa xơ vữa động mạch. Nhìn chung các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu thì chỉ số CAVI cũng tăng cao hơn ở nhóm không có các yếu tố nguy cơ nói trên. Với mức CAVI ≥ 9 thì số BN có yếu tố nguy cơ tim mạch cũng lớn hơn hẳn so với số người bệnh còn lại. Nghiên cứu còn chỉ ra CAVI tăng có ý nghĩa ở những người có rối loạn mỡ máu, đặc biệt tuổi từ 40 trở lên [7]. - Chỉ số CAVI

ở bệnh nhân suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ cao hơn những người bình thường [8]. Chỉ số tim - mắt cá chân có mối tương quan mạnh mẽ với tuổi, tuổi càng tăng thì chỉ số tim - mắt cá chân càng cao. Chỉ số tim - mắt cá chân có mối tương quan với glucose và huyết áp tâm trương [8]. Do vậy, các bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ và các đối tượng khám sức khỏe nên được đánh giá chỉ số tim – mắt cá chân 3 – 6 tháng một lần đồng thời đánh giá các bệnh kèm theo và kết cục lâm sàng để phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ gây xơ cứng động mạch [8].

Kết quả ABI và CAVI thông thường bao gồm 12 chỉ số liên quan đến chỉ số ABI, CAVI, huyết áp cánh tay và huyết áp cổ chân. Nếu trả lời thủ công, người đọc kết quả sẽ phải thực hiện 3 bước đó là nhập đầy đủ các chỉ số, đọc-phân tích và nhập phần nhận định kết quả và cuối cùng là suy nghĩ cân nhắc để nhập kết luận. Tổng số thời gian của chuỗi thao tác tư duy này không ít hơn 10 phút và thường có nhiều sai sót ở tất cả các khâu. Nhưng nếu sử dụng ứng dụng trả lời kết quả tự động thì chỉ cần hoàn thành thao tác nhập chỉ số, máy sẽ tụ động hiển thị nhận định và kết luận. Do đó, sẽ tiết kiệm được thời gian và tránh sai sót. Vì vậy, ngoài việc chuẩn hóa quy trình kỹ thuật đo chỉ số ABI và CAVI, chúng tôi thực hiện ứng dụng hệ thống tự động nhận định kết quả và đưa ra kết luận sau khi nhập các thông số trên phần mềm trả lời kết quả (MINIPAC) giúp rút ngắn thời gian, tránh sai sót và có thể tích hợp với hệ thống bệnh án điện tử. Hơn nữa, hệ thống phần mềm này còn giúp người đọc có thể linh hoạt trong việc đọc kết quả từ xa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dựa trên cơ sở dữ liệu được tích hợp cùng với hệ thống trả lời kết quả, các các lệnh truy xuất tự động đã được tích hợp có điều kiện theo các tình huống có thể xảy ra để đưa ra kết luận cuối cùng chính xác nhất ở dạng dữ liệu word theo các chỉ số được nhập trực tiếp trên phần mềm mà không cần mã hóa. Phiếu trả lời kết quả bao gồm các chỉ số ABI của hệ mạch bên trái/ bên phải với nhận định cao hơn/ thấp hơn/ hoặc trong giới hạn bình thường và kết luận đưa ra tương ứng là có/không có nguy cơ hẹp mạch bên trái/phải/hai bên, chỉ số CAVI trái/phải với nhận định cao hơn/ thấp hơn hoặc trong giới hạn bình thường và kết luận đưa ra tương ứng là có/ không có nguy cơ xơ vữa mạch bên trái/ phải/ hai bên, chỉ số huyết áp cánh tay và cổ chân với các nhận định cao hơn/ thấp hơn hoặc trong giới hạn bình thường.

Để so sánh tốc tộc trả lời kết quả, nhóm sử dụng hệ thống trả lời kết quả tự động và trả lời thủ công sẽ được so sánh thời gian trả lời kết quả trung bình (bao gồm cả nhập số liệu và kiểm tra kết luận) dựa vào kiểm định so sánh hai giá trị trung bình (test kiểm định Independent sample T test).

Để đánh giá độ chính xác, một số lỗi thường gặp của phiếu kết quả sẽ được ghi lại ở cả hai nhóm và so sánh tỷ lệ xảy ra các lỗi theo cả hai phương thức trả lời tự động và thủ công.

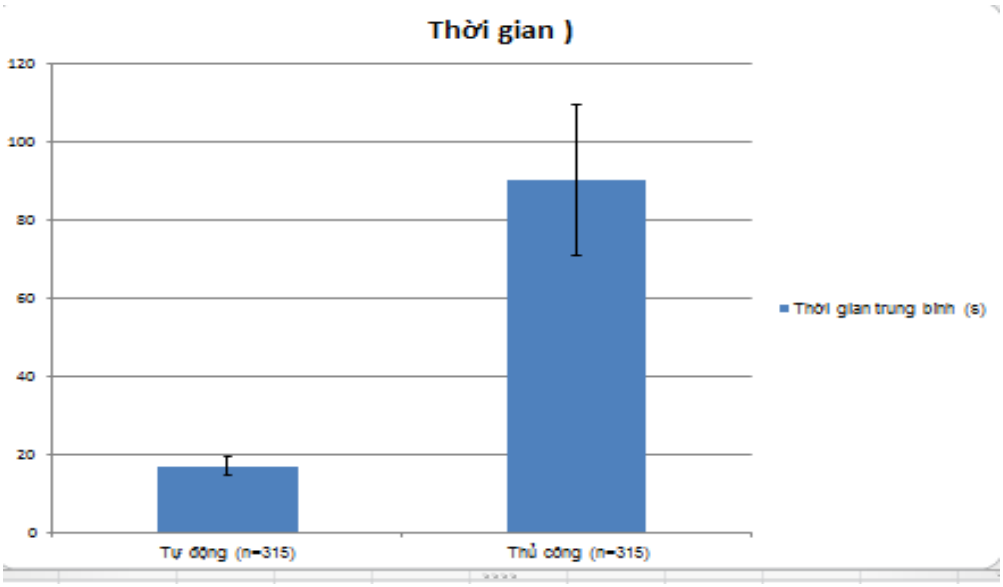
Nhóm nghiên cứu lấy ngẫu nhiên 45 kết quả đo CAVI và ABI của người bệnh đến đo tại Khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 8 năm 2020. Nhóm thực hiện nhập các kết quả theo phương thức nhập tự

động và nhập thủ công và bao gồm các nhóm nhỏ như sau: Nhóm 1: Bác sĩ có kinh nghiệm làm việc từ 1 năm trở lên, nhóm 2: Bác sĩ có kinh nghiệm làm việc dưới 1 năm, nhóm 3: Điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc từ 1 năm trở lên, nhóm 4: Điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc từ 1 năm có kinh nghiệm làm việc dưới 1 năm. Nhóm điều dưỡng sẽ nhập số liệu sau đó đối chiếu với kết quả nhận định đã có của bác sĩ, vì vậy với nhóm điều dưỡng, chúng tôi chỉ đánh giá về tốc độ nhập và các sai số do nhập số, không xét đến các sai số do nhận định kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Để so sánh về tốc độ trả lời kết quả, 45 kết quả đo CAVI VÀ ABI đã được chọn ngẫu nhiên thành một nhóm sử dụng hệ thống trả lời tự động và một nhóm trả lời thủ công. Thời gian trung bình của nhóm sử dụng hệ thống trả lời tự động (bao gồm cả nhập số liệu và kiểm tra kết luận chính xác) là 17,0 ± 2,4 (giây)(n=315) trong khi nhóm trả lời thủ công là 90,2 ± 19,4 (giây) (n=315). Tốc độ báo báo trong nhóm nhập kết quả tự động nhanh hơn đáng kể so với nhóm nhập thủ công (p<0,05).

Hơn nữa, với nhóm nhập kết quả tư động, độ lệch chuẩn so với giá trị trung bình dao động ít hơn (hình 1). Điều này có chứng tỏ đối với việc nhập thủ công có sự khác biệt lớn về thời gian thực hiện giữa các kết quả có thông số dài hơn hoặc giữa những người nhận định khác nhau. Còn đối với việc nhập tự động thì bất kỳ ai cũng có thể là người thực hiện nhập kết quả và sự khác biệt về thời gian thực hiện là không đáng kể.



Hình 1. Thời gian thực hiện trả lời kết quả (giây)

Tốc độ đọc trung bình giữa nhóm 1 (nhóm bác sĩ có kinh nghiệm trên 1 năm) và nhóm 2 (nhóm bác sĩ có kinh nghiệm dưới 1 năm) không có khác biệt nhiều khi nhập bằng phương pháp tự động. Tuy nhiên lại có khác biệt rõ rệt khi nhập theo phương pháp thủ công.

Bảng 1: Thời gian đọc kết quả trung bình của bác sĩ

	Nhóm1		**Nhóm 2**	
	Tự động (n=90)	**Thủ công (n=90)**	**Tự động (n=90)**	**Thủ công (n=90)**
Thời gian trung bình (giây)	15,1 ± 1	66,1 ± 3,8	17,5 ± 2,4	115,1 ± 8,8

Để so sánh độ chính xác, các lỗi khi trả lời kết quả ở hai nhóm này được thống kê và tính tỷ lệ gặp phải trong lần nhập đầu tiên. Kết quả ABI và CAVI bao gồm 3 phần đó là: chỉ số, nhận định kết quả và kết luận.

Bảng 2: Định nghĩa các loại lỗi gặp phải trong trả lời kết quả đo ABI và CAVI

Tên lỗi	**Định nghĩa**
Lỗi nhập sai số liệu	Nhập sai bất kì một số liệu nào trong các giá trị nhưng vẫn hợp lệ
Lỗi sai chính tả	Sai chính tả bất kì từ một từ trở lên khi viết nhận định hoặc kết luận
Lỗi nhận định sai	Nhận định sai bất kỳ một chỉ số trở lên trong phần nhận định kết quả hoặc kết luận mặc dù chỉ số nhập chính xác.
Lỗi nhận định đúng nhưng nhập kết luận sai	Sai bất kỳ một kết luận trở lên mặc dù nhận định đúng như nnhận định đúng chỉ số CAVI hai bên đều tăng nhưng kết luận là có nguy cơ xơ vữa hệ mạch bên phải.
Lỗi không hiển thị kết luận sau khi nhập số liệu	Không xuất hiện dòng nhận định hoặc kết luận ở vị trí bất kì sau khi đã nhập đủ số liệu.
Số liệu nhập không hợp lệ	Số liệu không hợp lệ khiến ứng dụng không xuất được kết quả. *Ví dụ:* Nhập chỉ số huyết áp là số thập phân, chỉ số CAVI có hai chữ số sau dấu phẩy…..

Bảng 3: Tỷ lệ các lỗi gặp phải khi trả lời tự động và thủ công

Tên lỗi	**Tự động (n=315)**	**Thủ công (n=315)**
Lỗi nhập sai số liệu	4 (1,2%)	6 (1,9%)
Lỗi sai chính tả	0 (0%)	12 (3,8%)
Lỗi không hiển thị kết luận sau khi nhập số liệu	0 (0%)	
Số liệu nhập không hợp lệ	2 (0,6%)	3 (0,9%)

Đối với lỗi không hiển thị kết luận sau khi nhập đúng số liệu chúng tôi chỉ đánh giá trên nhóm trả lời kết quả tự động. Vì khi nhập thủ công, phần nhận định và kết luận sẽ do người

thực hiện tự nhập thủ công sau khi nhập số liệu.

Trong nhóm trả lời kết quả thủ công, các lỗi hay gặp đó là sai chính tả, nhận định sai và không thống nhất giữa phần nhận định và kết luận là những lỗi hay gặp nhất trong khi đối với nhóm trả lời tự động thì gần như không gặp đối với chỉ số ABI và CAVI. Lỗi nhập sai số liệu hoặc nhập không hợp lệ gặp ở cả hai nhóm với tỷ lệ không chệnh lệch nhiều.

Bảng 4: Tỷ lệ lỗi gặp phải khi nhận định kết quả

	Tự động (n=90)	**Thủ công (n=90)**
Lỗi nhận định hoặc kết luận sai	0 (0%)	4 (4,4%)
Lỗi nhận định đúng nhưng kết luận sai	0 (0%)	2 (2,2%)

Về tổng thể, đối với nhóm trả lời tự động gặp 6 lỗi (1,9%) trong khi đó ở nhóm nhập thủ công số lượng là 27 lỗi (8,6 %) trong lần nhập đầu tiên.

IV. BÀN LUẬN

Hệ thống trả lời kết quả tự động được tích hợp ngay trên hệ thống phần mềm trả lời kết quả của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bác sĩ có thể đăng nhập và xem các kết quả mọi lúc, mọi nơi. Việc rút ngắn từ 3 bước đọc kết quả xuống chỉ còn duy nhất một bước là nhập dữ liệu đã giúp tiết kiệm được đáng kể thời gian cho việc đọc kết quả. Cụ thể, đối với việc trả lời thủ công thời gian trung bình là khoảng 90,2 giây gấp khoảng 5 lần so với trả lời tự động 17,0 giây). Điều này rất có ý nghĩa trong việc phục vụ một số lượng lớn người bệnh. Máy đo ABI và CAVI gọn nhẹ, dễ di chuyển, kết hợp hệ thống trả lời kết quả nhanh và chính xác rất phù hợp để thăm khám tại nhà hoặc khám sức khỏe trong cộng đồng.

Đồng thời, các dữ liệu đều được lưu trên hệ thống chung của Bệnh viện và có thể trích xuất dữ liệu khi cần. Hơn nữa, với nhóm nhập kết quả tư động, độ lệch chuẩn so với giá trị trung bình dao động ít hơn (hình 1). Điều này có chứng tỏ đối với việc nhập thủ công có sự khác biệt lớn về thời gian thực hiện giữa các kết quả có thông số phức tạp hơn hoặc giữa những người nhận định khác nhau. Còn đối với việc nhập tự động thì bất kỳ ai cũng có thể là người thực hiện nhập kết quả và sự khác biệt về thời gian thực hiện là không đáng kể. Điều này được thể hiện rõ khi so sánh giữa nhóm nhận định là bác sĩ có kinh nghiệm và nhóm bác sĩ mới tiếp cận kỹ thuật, có ít kinh nghiệm hơn (bảng 1). Đối với nhóm bác sĩ mới, thời gian nhận định kéo dài hơn chủ yếu do thời gian suy nghĩ, đối chiếu với các giá trị tham chiếu để đưa ra kết luận do vậy, khi sử dụng hệ thống trả lời kết quả tự động thời gian này đã được rút ngắn. Hệ thống đã hoạt động rất hiệu quả trong việc hỗ trợ trả lời kết quả đo ABI và CAVI, thao tác đơn giản và dễ tiếp cận với mọi đối tượng người dùng.

Độ chính xác chung của hệ thống trả lời kết quả tự động đạt 98% so với trả lời thủ công là 91,5%. Các lỗi chính tả và nhận định sai kết quả đối với nhóm chỉ số ABI và

CAVI gần như không có, trong khi lỗi này hay gặp ở nhóm nhập thủ công. Đối với chỉ số ABI và CAVI, hệ thống đã nhận định kết quả chính xác gần như tuyệt đối. Sai sót chỉ xảy ra chủ yếu do các nguyên nhân chủ quan như: nhập sai số liệu hoặc lỗi kỹ thuật của hệ thống mạng. Đối với chỉ số huyết áp, trừ tình huống rất ít gặp đó là huyết áp kẹt, cần có sự nhận định trực tiếp từ bác sĩ đọc thì các tình huống khác, kết quả nhận định tự động cũng mang lại sự tin cậy gần như tuyệt đối.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Như vậy, hệ thống trả lời kết quả tự động ABI và CAVI đã mang lại hiệu quả thiết thực trong việc khám chữa bệnh, nâng cao hiệu quả, tính chuyên nghiệp trong công tác phục vụ người bệnh. Ngoài việc rút ngắn thời gian đọc kết quả xuống còn một phần ba so với đọc thủ công, hệ thống trả lời tự động còn mang đến sự chính xác gần như tuyệt đối. Đồng thời, các dữ liệu đều được lưu lại trên hệ thống dữ liệu chung của Bệnh viện, thuận lợi trong lưu trữ, tra cứu, trích xuất và dễ dàng tích hợp vàoo hệ thống bệnh án điện tử. Đây là kho dữ liệu khổng lồ được tập hợp và phát triển đầu tiên bởi đội ngũ nhân lực khoa Thăm dò chức năng, có ý nghĩa lớn cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roever L**. Screening for Peripheral Arterial Disease: An Update. Journal of Vascular Medicine & Surgery. 2015.
2. **Roig C, Winther M, Weber C, Daemen M, Lutgens E, et al.** Atherosclerotic plaque destabilization: mechanisms, models, and therapeutic strategies. Circ Res. 2014; **114(1)**: 214-226.
3. **Mohlerlll E**. Screening for Peripheral Artery Disease. Circulation. 2012; **126**: e111-e112.
4. **Hirsch AT, Criqui MH, Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, et al.** Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA. 2001; **286(11)**: 1317-1324.
5. Guidelines on the diagnosis and treatment of peripherla arterial disease. Eropean heart J. 2017: 8.
6. **Nghiêm Thu Thảo, P.T.H.T.** Chỉ số mạch tim - cổ chân (CAVI) ở bệnh nhân bệnh động mạch vành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2019, **(90)**: 141-147.
7. **Shirai K.** Analysis of vascular function using the cardio-ankle vascular index (CAVI). Hypertens Res. 2011; **34(6)**: 684-685.
8. **Bùi Mỹ Hạnh, Nguyễn Văn Tuyên, Trần Thị Nguyệt.** Chỉ số Tim-Mắt cá chân (CAVI) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2018: 46-52.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG VÀ TRIỂN KHAI HỆ THỐNG HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN TỰ ĐỘNG, LƯU TRỮ VÀ TRẢ LỜI KẾT QUẢ ĐO CHỨC NĂNG HÔ HẤP CHO HỆ THỐNG QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ (HIS)

Bùi Mỹ Hạnh* và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhận định kết quả đo chức năng hô hấp (CNHH) từ kết quả trực tiếp từ máy đo rồi nhập lại thủ công vào máy tính để đọc, in, đọc và nhận định kết quả vẫn sử dụng tại hầu hết các cơ sở y tế. Cách làm này mất thời gian và dễ bị sai sót. **Mục tiêu**: Chúng tôi đã phát triển một hệ thống trả lời kết quả đo chức năng hô hấp tự động dựa trên dữ liệu thô từ máy đo chức năng hô hấp KOKO để rút ngắn thời gian nhận định và trả lời các kết luận cũng như giảm thiểu tối đa những sai sót**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, chọn ngẫu nhiên 200 kết quả đo chức năng hô hấp trong năm 2019 chia thành 2 nhóm: một nhóm sử dụng công cụ trả lời tự động và một nhóm trả lời thủ công. **Kết quả**: Kết quả thu được cho thấy tốc độ trả lời của nhóm tự động nhanh gấp 2-3 lần so với nhóm trả lời thủ công (p<0,001). Các lỗi hay gặp chủ yếu xảy ra ở nhóm thủ công và hầu như không gặp ở nhóm tự động(p<0,001). **Kết luận**: Nghiên cứu của chúng tôi đã xây dựng một hệ thống nhận định kết quả đo chức năng hô hấp tự động hiệu quả và đáng tin cậy. Kết quả này là tiền đề cho giảm thiểu các sai sót dẫn đến chẩn đoán nhầm, tiết kiệm thời gian thực hiện dịch vụ, đọc kết quả và đưa ra chẩn đoán, điều trị, giảm thời gian chờ đợi lấy kết quả. Đây chính là nền tảng cho số hóa và lưu trữ dữ liệu làm căn cứ khoa học cho kết luận chẩn đoán, phân tích, khai thác, trích xuất, chia sẻ số liệu lưu trữ phục vụ cải tiến chất lượng.

Từ khóa: Đo chức năng hô hấp, Trả lời kết quả tự động, Hệ thống quản lý thông tin y tế

SUMMARY

DEVELOPING AND APPLYING AUTOMATIC DIAGNOSIS SUPPORT SYSTEM, STORE AND ANSWER THE RESPIRATORY FUNCTION MEASUREMENT RESULTS FOR THE HEALTH INFORMATION MANAGEMENT SYSTEM (HIS)

Backgound: Identification of respiratory function measurements from the direct results derived from the meter and then manually re-input into the computer to read, print, read and evaluate the results are still processed manually at most place. This approach takes time and is prone to making errors. **Objectives:** We developed an automated respiratory function measurement response system based on raw data from the KOKO respiratory function meter to shorten the reading time and minimize errors. **Subjects and Methods**: We randomly selected 200 respiratory function measurements in 2019 and divided into 2 groups: one using the automatic responding tool and one group with manual response. **Results**: The results showed that the response speed of the automatic group was 2-3 times faster than that of the group with manual response (p <0.001). Common errors

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mỹ Hạnh
Email: buimyhanh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

occur mainly in manual group and was almost not seen in automatic group (p <0.001). **Conclusion:** we have built an efficient and reliable automatic respiratory function measurement results system. This result is the premise for minimizing errors which lead to misdiagnosis, saving time for service delivery, reading results and making diagnosis and treatment, and reducing waiting time for results. This is the foundation for digitizing and storing data as a scientific basis for diagnosis confirmations, analyzing, exploiting, extracting and sharing archived data for quality improvement.

Keywords: Respiratory function measurement, automatic result teller, The health information management system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

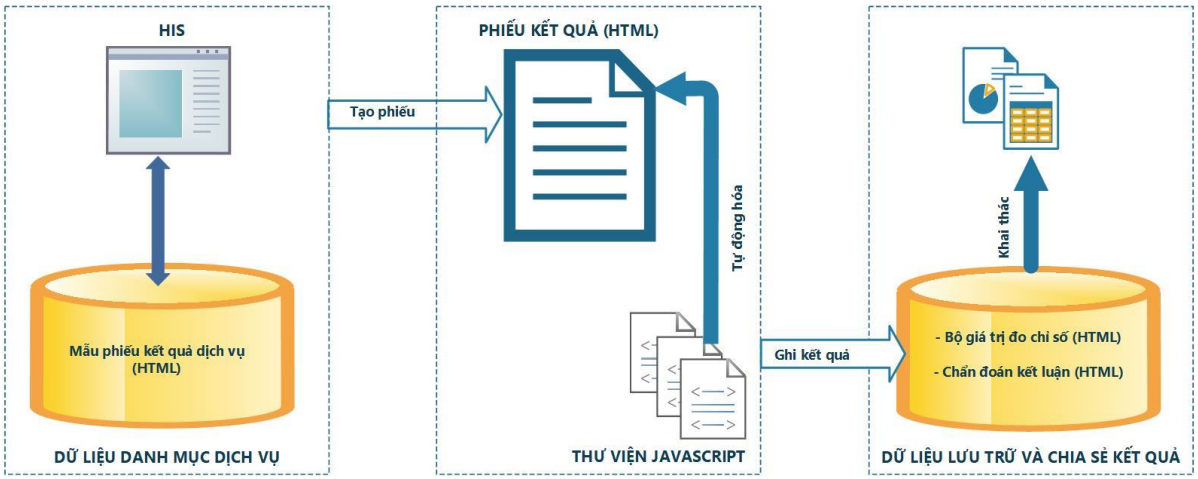
Y học dựa trên bằng chứng là định hướng chủ đạo trong hoạt động khám và điều trị trong đó các kết quả cận lâm sàng đã trở thành một phần tất yếu trong thực hành lâm sàng thường quy. Các dịch vụ thăm dò chức năng (TDCN) và chẩn đoán hình ảnh đang được các bệnh viện tổ chức khai thác và lưu trữ theo 2 cách chính: Một là đầu tư hệ thống RIS/PACS hiện đại, chi phí lớn, để lưu trữ hình ảnh gốc cùng với kết quả đo và chẩn đoán kết luận trước khi in ra phiếu kết quả trả cho người bệnh. Hình ảnh gốc kèm nội dung báo cáo kết quả cận lâm sàng từ hệ thống PACS cũng có thể được chia sẻ cho các bác sĩ lâm sàng để phục vụ quá trình chẩn đoán, kết luận bệnh. Hai là chỉ in kết quả đo và/hoặc hình ảnh gốc trên phiếu kết quả trả cho người bệnh. Bác sĩ lâm sàng dựa trên phiếu trả kết quả để đưa ra chẩn đoán và kết luận bệnh cho người bệnh. Ở cả hai cách, giai đoạn từ hình ảnh và số liệu đo đến chẩn đoán và kết luận bệnh đang có một khoảng trống thiếu hụt hệ thống hỗ trợ, mà hầu như dựa hoàn toàn vào kinh nghiệm của bác sĩ cận lâm sàng và bác sĩ lâm sàng trong việc "đọc" hình ảnh và số liệu đo. Bên cạnh đó giá trị các chỉ số đo vẫn chưa được lưu trữ thành hệ thống dữ liệu số hóa để khai thác cho nhiều mục tiêu lâu dài[1]. Không những đắt đỏ mà hệ thống RIS/PACS thường lưu trữ cả hình ảnh gốc kèm báo cáo chẩn đoán với dung lượng lớn đang là rào cản lớn cho việc chia sẻ, trao đổi kết quả đo đòi hỏi kết nối với băng thông đủ lớn, chưa thực sự khả thi ở Việt Nam. Ngay cả hệ thống giám định bảo hiểm y tế là nơi có dung lượng liên thông dữ liệu lớn nhất về y tế của Việt Nam hiện nay cũng chỉ có thể trao đổi số liệu khám và điều trị bằng thông tin định dạng XML chứ không kèm hình ảnh gốc. Việc sử dụng hệ thống RIS/PACS trong hoạt động thực hiện các dịch vụ thăm dò chức năng và chẩn đoán hình ảnh tương đối phổ biến ở các quốc gia có nền y học phát triển hiện đại nhưng chi phí vận hành lên đến hàng trăm nghìn đến hàng triệu đô la Mỹ chưa kể có nhiều chủng loại máy móc, nhiều kiểu kết nối, kết quả đo bao gồm nhiều chỉ số không thiết yếu, kết quả chẩn đoán hiện nay vẫn đang mô tả bằng lời văn dựa trên kinh nghiệm của bác sĩ mang tính phi cấu trúc sẽ dẫn tới hai tình trạng: Người bệnh khi đi khám cùng một bệnh ở các cơ sở y tế khác nhau phải thực hiện lại dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và cận lâm sàng cùng loại. Bác sĩ ở các cơ sở y tế khác nhau phải "đọc" lại hình ảnh gốc do không sự tin cậy đối với kết luận chẩn đoán từ cơ sở y tế trước đó sẽ làm tăng gánh nặng chi phí khám chữa bệnh của người bệnh, tăng thời gian làm việc của bác sĩ, nhìn chung làm tăng chi phí xã hội trong hoạt động y tế. Giải pháp chiến lược y tế số phát triển bệnh án điện tử sẽ luôn là thách

thức nếu không kết nối các dữ liệu đặc biệt là các dữ liệu cận lâm sàng đầu vào dựa trên các thông tin được xây dựng theo những nguyên tắc số hoá thống nhất, có thể lưu trữ, tương tác, tương thích nội bộ và cung cấp thông tin cho thanh toán bảo hiểm cũng như hệ thống tích hợp thông tin trong đề án Tri thức số[1].

Dịch vụ thăm dò chức năng được thực hiện ở các cơ sở y tế hiện nay ngày càng tăng dẫn đến tình trạng quá tải xảy ra lên đến 60-100 ca mỗi ngày, và sau đó mỗi một người bệnh thường phải ngồi đợi khoảng 30-40 phút do quá đông cũng như việc đánh máy trả lời kết quả. Trước tình hình bệnh lý về hô hấp cả lây nhiễm và không lây nhiễm (hen phế quản, COPD) ngày càng gia tăng, diễn biến khó lường, việc xây dựng và triển khai hệ thống trên cho các TDCNHH đặc biệt cần ưu tiên[2, 3]. Ứng dụng CNTT vào đo CNHH không có nhiều tiến bộ do đây là một xét nghiệm thăm dò chức năng với loại dữ liệu không có kết nối và chuyển đổi lên hệ thống quản lý thông tin của bệnh viện (HIS)[4]. Trong đại dịch COVID 19 bùng phát, đây lại là kỹ thuật có nhiều nguy cơ lây nhiễm và cần có những biện pháp phòng ngừa trong đó thực hiện 5K: Khẩu trang-Khoảng cách-Khử khuẩn-Không tụ tập đều cần áp dụng CNTT để hữu hiệu hơn. Xuất phát từ nhu cầu cấp thiết này, Bệnh viện ĐH Y Hà Nội - Khoa TDCN đã xây dựng bộ công cụ nhằm mục tiêu xây dựng, triển khai và đánh giá những tiện ích của việc tự động hóa đọc và trả lời kết quả trong TDCNHH so với phương pháp truyền thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế mô hình hệ thống: dựa trên mô hình số hóa bộ chỉ số đo của dịch vụ TDCNHH và nhúng thư viện hàm JavaScript, cài đặt các công thức tính toán/so sánh theo các công thức chuyên môn để tự động sinh ra nội dung chẩn đoán kết luận.



Hình 1: Sơ đồ thành phần Bộ công cụ

Hạt nhân của bộ công cụ là các hàm xử lý số liệu trên phiếu kết quả thực hiện dịch vụ được số hóa. Các hàm được xây dựng bằng JavaScript có nhiệm vụ tính toán, so sánh số liệu và tạo nội dung chẩn đoán tự động ngay trên phiếu kết quả dịch vụ số hóa. Thuật toán

cài đặt trong thư viện JavaScript được xây dựng trên cơ sở các quy tắc tự động hóa xuất phát từ các công thức tính toán, quy tắc so sánh, quy tắc kết luận chuyên môn của dịch vụ tương ứng. Khi bác sĩ nhập giá trị số đo đầu vào vào các chỉ số tương ứng trên phiếu kết quả, thư viện JavaScript thực hiện các loại hỗ trợ sau: (1) tự động so sánh giá trị chỉ số đo đầu vào với dải giá trị bình thường để xác định tình trạng của chỉ số đó là tăng, hay giảm hay bình thường; (2) tự động tính toán các chỉ số theo công thức chuyên môn được cài đặt sẵn; (3) tự động tổ hợp, tổng hợp, xử lý ngôn ngữ theo công thức cú pháp cài đặt sẵn để tạo ra nội dung kết luận. Đối với những dịch vụ mà dải giá trị bình thường của chỉ số đầu vào phụ thuộc vào thông số khác (giới tính, tuổi …) như SVC, FVC, FEV1, FEV1/FVC, FEV1/SVC, PEF, FEV1 sau thuốc, PEF sau thuốc thì hàm JavaScript cũng định nghĩa sẵn dải giá trị bình thường để cập nhật vào phiếu kết quả theo thời gian thực ngay khi thay đổi các thông số đó với công thức tính toán như trong bảng 2.1 sau:

Bảng 2.1 Mã, chỉ số và giá trị tính toán

Mã	Chỉ số	Giá trị
H17, H05, H03	Chỉ số Gaensler (%) = FEV_1/FVC	H17 = H05/ H03
H18, H05, H01	Chỉ số Tiffeneau (%)= FEV_1/SVC	H18 = H05/ H01
H20, H19, H05	FEV_1 sau thuốc - % thay đổi	H20 = (H19 - H05)/ H05
H23, H22,H07	PEF sau thuốc - % thay đổi	H23 = (H22 - H07)/ H07
H21, H20, H19	FEV_1 sau thuốc - kết quả test	H21: (+) khi H20 ≥ 12 và H19-H05 ≥ 0.12
H21	FEV_1 sau thuốc - kết quả test	H21: (-) khi không thỏa mãn cả 2 điều kiện trên.
H24, H23	PEF sau thuốc - kết quả test	H24: (+) khi H23 ≥ 15
H24, H23	PEF sau thuốc - kết quả test	H24: (-) khi H23< 15

Các quy tắc ra kết luận dựa trên giá trị nhập đầu vào được đối sánh với công thức tính toán được mã hóa để tạo các kết luận tương ứng như trong bảng 2.2 như sau:

Bảng 2.2 Một sốsố quy tắc tự động đưa ra kết luận TDCNHH

Giá trị	Lựa chọn kết luận
1. Đo chức năng hô hấp	
H17 ≥ 70; H02 ≥80; H04 ≥ 80; H10,H12,H14 ≥ 60 hoặc H16 ≥ 60 (nếu không có giá trị H10, H12, H14)	Hiện không thấy rối loạn chức năng thông khí phổi
H17 ≥ 70, H02 ≥ 80, H04 ≥ 80, H14 < 60; H17 ≥ 70, H02 ≥ 80, H04 ≥ 80, H12 < 60; H17 ≥ 70, H02 ≥ 80, H04 ≥ 80, H10 < 60	Giảm lưu lượng khí thở ra tối đa ở các nhánh phế quản nhỏ, vừa, lớn
H17 < 70; H02 ≥80; H04 ≥ 80; H06 ≥ 80 H17 < 70; H02 ≥ 80; H04 ≥ 80; 50 ≤ H06 < 80	Rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nhẹ, vừa, nặng, rất nặng

H17 < 70; H02 ≥ 80; H04 ≥ 80; 30 ≤ H06 < 50 H17 < 70; H02 ≥ 80; H04 ≥ 80; H06 < 30		
2. Test phục hồi phế quản		
H21 (+)	H24 (+)	Test phục hồi phế quản đáp ứng dương tính, âm tính
H21 (-)	H24 (+)	Test phục hồi phế quản có PEF đáp ứng dương tính, âm tính

Ghi chú: Các tiêu chuẩn đọc và nhận định kết quả lấy theo ATS [5]

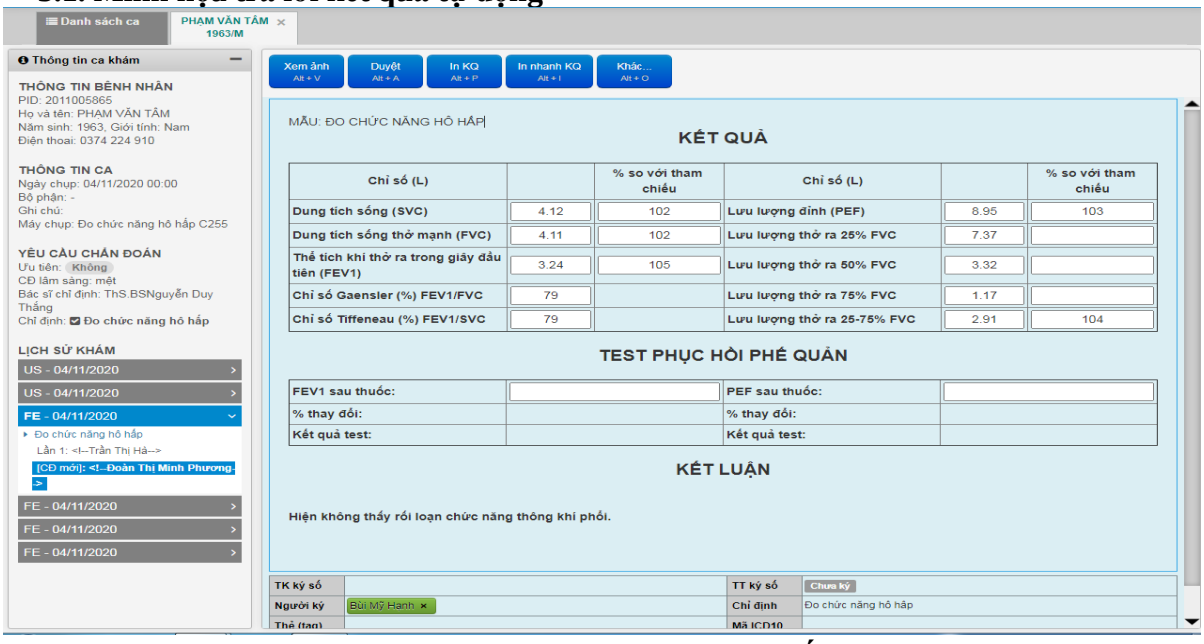
2.2. Triển khai hệ thống

Lấy mẫu thuận tiện và chọn mẫu xác suất 366 (bao gồm thủ công và cải tiến) người bệnh đến kiểm tra sức khỏe định kỳ, bệnh nhân có tiền sử các bệnh về hô hấp như: COPD, hen phế quản, các bệnh nhân có các triệu chứng về hô hấp như: ho, khó thở, khạc đờm nhiều, các bệnh nhân có bệnh lý về tim mạch và nhóm các bệnh nhân quanh phẫu thuật tại khoa thăm dò chức năng – bệnh viện ĐH Y Hà Nội. Thời gian nghiên cứu từ ngày 22/10/2020 đến ngày 05/11/2020.

2.3. Đánh giá kết quả triển khai và Xử lý phân tích số liệu: Để so sánh tốc tộc trả lời kết quả, nhóm so sánh sử dụng hệ thống trả lời kết quả tự động và trả lời thủ công về thời gian trả lời kết quả trung bình (bao gồm cả nhập số liệu và kiểm tra kết luận) dựa vào kiểm định so sánh hai giá trị trung bình (test kiểm định Independent sample T test). Để đánh giá độ chính xác, một số lỗi thường gặp của phiếu kết quả sẽ được ghi lại ở cả hai nhóm và so sánh tỷ lệ xảy ra các lỗi theo cả hai phương thức trả lời tự động và thủ công.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Minh họa trả lời kết quả tự động



Hình 3.1. Giao diện sử dụng đọc và trả lời kết quả tự động

3.2. So sánh chung giữa sử dụng và không sử dụng hệ thống hỗ trợ

Bảng 3.1. So sánh chung giữa sử dụng và không sử dụng hệ thống hỗ trợ

Tiêu chí	Trước khi sử dụng công cụ (bác sĩ nhập kết luận trực tiếp trên phiếu kết quả)	Sau khi sử dụng hệ thống hỗ trợ (chỉ nhập đầu vào)
Tốc độ nhập và tạo phiếu kết quả (chưa kể suy nghĩ nhận định kết quả 5 phút)	2ph	30.33 giây ± 2.56
Hỗ trợ kiểm soát loại giá trị cho phép nhập vào (giá trị số, lựa chọn giá trị trong phạm vi cho phép…)	Không (có khả năng nhập sai)	Có (kiểm soát khi nhập vào)
Hỗ trợ kết xuất số liệu từ phần mềm quản lý chỉ số đo (bên thứ ba)	Không (do bác sĩ nhập lại, hoặc chỉ in từ thiết bị đo)	Có (nếu phần mềm bên thứ ba cung cấp API hoặc file số liệu đầu ra)
Hỗ trợ so sánh chỉ số đầu vào với dải giá trị bình thường	Không (do bác sĩ xác định)	Có (cấu hình sẵn)
Hỗ trợ sinh kết luận chẩn đoán dựa theo chỉ số đầu vào	Không (do bác sĩ xác định)	Có (cấu hình sẵn)
Hỗ trợ tự động xác định mã bệnh ICD-10 với các chẩn đoán "chỉ số vàng"	Không (do bác sĩ xác định)	Có (cấu hình sẵn)
Báo cáo thống kê thực hiện dịch vụ	Không có (không thực hiện được)	Có (báo cáo theo nhu cầu)

3.3. So sánh về sử dụng phương thức kết nối thiết bị đo

Bảng 3.2. So sánh về phương thức kết nối thiết bị

Tiêu chí	Thủ công	Tự động
Yêu cầu phương tiện kết nối (dây cáp, giao thức…)	Có	Không
Đáp ứng các chủng loại thiết bị khác nhau	Không (phụ thuộc vào từng dòng thiết bị)	Không (mẫu chung cho tất cả)
Tự động kết xuất số liệu đo	Có (phụ thuộc vào từng dòng thiết bị)	Không
Chuyển đổi định dạng số liệu đo	Có (phụ thuộc vào từng dòng thiết bị)	Không

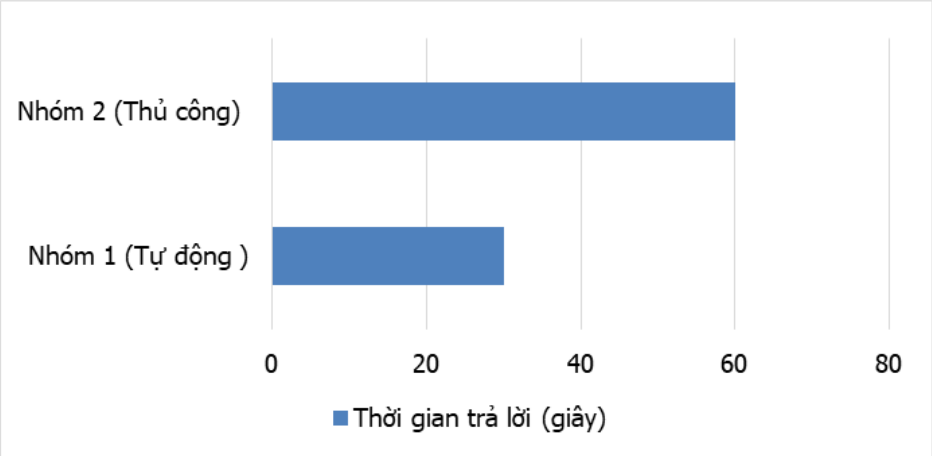
3.4. Tính chính xác của hệ thống

Bảng 3.3 Tỷ lệ các lỗi gặp phải khi trả lời tự động và thủ công

Tên lỗi	Tự động (n=100)	Thủ công (n=100)
Lỗi nhập sai số liệu	3 (3%)	5 (5%)
Lỗi sai chính tả khi viết kết luận	0 (0%)	4 (4%)
Lỗi không hiển thị kết luận sau khi nhập số liệu	2 (2%)	Không đánh giá
Lỗi nhận định sai từ một kết luận trở nên khi nhập đúng số liệu	0 (0%)	8 (8%)
Số liệu nhập bị thay đổi	0 (0%)	1 (1%)

Nhận xét: các lỗi do nhập sai số liệu, sai chính tả, nhận định sai kết luận là các lỗi thường gặp nhất ở nhóm thủ công trong khi các nhóm này hoàn toàn không gặp ở nhóm trả lời tự động, tỷ lệ lỗi nhận định sai kết luận, chiếm tỷ lệ cao nhất (8%) và tỷ lệ lỗi nhập sai số liệu là cao nhất trong nhóm trả lời tự động (tuy nhỏ hơn rất nhiều so với nhóm thủ công).

3.5. Tốc độ nhập, phân tích và trả lời kết quả. Thời gian trung bình của nhóm sử dụng hệ thống trả lời tự động (bao gồm cả nhập số liệu và kiểm tra kết luận chính xác) là 30.33 giây ± 2.56 trong khi nhóm trả lời thủ công là 60,22 ± 8,34 giây chưa tính đến thời gian suy nghĩ, phân tích kết quả của bác sĩ. Tốc độ báo báo trong nhóm I nhanh hơn đáng kể so với nhóm 2 (p < 0,0001).



Sơ đồ 1: So sánh tốc độ báo cáo giữa hai nhóm

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng một hệ thống tự động trả lời kết quả chính xác và rất hiệu quả trong việc hỗ trợ trả lời kết quả đo CNHH. Hệ thống được tích hợp ngay trên hệ thống HIS để quản lý dữ liệu và trả lời kết quả của bệnh viện. Hệ thống không đòi hỏi chi phí cũng như hạ tầng CNTT cao mà hoàn toàn có thể cài đặt và sử dụng ngay đối với bất cứ bệnh viện nào đặc biệt cho những nơi hạn chế về nguồn lực. Cách sử dụng đơn giản,

không cần phải mã hóa phức tạp gây khó hiểu cho người dùng.

Trong số 200 kết quả đo CNHH được xác định bởi hai nhóm trả lời tự động và thủ công, các lỗi do nhập sai số liệu, sai chính tả, nhận định sai kết luận là các lỗi thường gặp nhất ở nhóm thủ công trong khi các nhóm này hoàn toàn không gặp ở nhóm trả lời tự động. Độ chính xác tổng thể của kết quả trả lời tự động là 100% nếu không có những nguyên nhân do nhập sai dữ liệu đầu vào cũng như trục trặc về hệ thống kết nối-vận hành máy tính (95%) nhưng vẫn cao hơn đáng kể so với kết quả trả lời thủ công (83%) thể hiện sự tin cậy gần như tuyệt đối với kết quả thu được, trong khi nguyên nhân gây lỗi chủ yếu là các nguyên nhân chủ quan như nhập sai số liệu của kỹ thuật viên (3%) và không ghi nhận trường hợp nhập đúng số liệu mà sai kết luận cuối cùng. Tuy nhiên, khi xảy ra lỗi "số liệu nhập đã thay đổi", không thể tạo kết luận tự động, việc kết luận thủ công là cần thiết, trên thực thế thì lỗi này cực kỳ hiếm gặp trừ một số tình huống hệ thống phần mềm đọc kết quả có lỗi làm ảnh hưởng gián tiếp đến câu duyệt điều kiện để đưa ra kết luận. Một lỗi sai xuất hiện trong trả lời thủ công đó là nhận định kết quả sai trong khi số liệu nhập đúng, đây được coi là một lỗi nghiêm trọng hơn là chỉ nhập sai số liệu vì nó dẫn đến thay đổi kết luận cuối cùng của chức năng hô hấp của người bệnh, đồng nghĩa với việc dẫn đến các sai lầm trong chẩn đoán và điều trị.

Một sự thế mạnh vượt trội của trả lời kết quả tự động là rút ngắn tối đa thời gian nhận định, thời gian trung bình từ khi bắt đầu nhập dữ liệu đến khi tạo ra một phiếu trả lời kết quả hoàn chỉnh, chính xác chỉ mất 30 giây, ngắn hơn 2 lần so với trả lời kết quả thủ công (60 giây). Khi số lượng người bệnh ngày càng tăng, nhu cầu được chăm sóc và sàng lọc sức khỏe càng lớn thì yêu cầu về thời gian chờ đợi càng đòi hỏi rút ngắn. Điều này liên quan trực tiếp đến hiệu quả chăm sóc người bệnh, tính chuyên nghiệp của nhân viên y tế và đánh giá chất lượng bệnh viện đi đôi với tiêu chí hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

Bằng cách nhập số liệu trực tiếp vào phần mềm trả lời kết quả trên hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện, toàn bộ dữ liệu được sao chép và lưu trữ có hệ thống, thuận lợi cho tra cứu, truy xuất và nghiên cứu. Đây là kho dữ liệu khổng lồ được tập hợp và phát triển đầu tiên bởi đội ngũ nhân lực khoa Thăm dò chức năng, có ý nghĩa lớn cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Hệ thống trả lời kết quả đo CNHH tự động được xây dựng một cách hữu dụng, không đòi hỏi chi phí và các hạ tầng công nghệ-trang thiết bị cao mà vẫn đảm bảo hỗ trợ quá trình trả lời kết quả nhanh gấp 3-4 lần việc trả lời kết quả thủ công với độ chính xác lên tới 100% nếu không có những sai sót do người nhập liệu đầu vào cũng như trục trặc về công nghệ thông tin. Hệ thống này đã góp phần giải quyết phần nào nhu cầu phát triển số hóa và lưu trữ dữ liệu các dịch vụ cận lâm sàng hiện tại, giảm tải công việc cho

các bác sĩ nhận định kết quả và có khả năng hạn chế tối đa sai sót chủ quan của con người từ kỹ thuật viên đến bác sĩ. Hệ thống trả lời kết quả tự động này có khả năng mở rộng và nâng cấp dựa vào dữ liệu trực tiếp của các máy đo. Đây sẽ là nền tảng để có dữ liệu lớn về các thông số chức năng hô hấp trong hệ thống HIS cũng như bệnh án điện tử tương lai để cho ra đời những ứng dụng AI phục vụ từ sàng lọc đến dự báo cũng như chẩn đoán, dự phòng và theo dõi những bệnh lý hô hấp [6].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bui, M.H., et al.**, Big Data for Public Health Surveillance in Vietnam: Challenges and Opportunities. Soft Computing for Biomedical Applications and Related Topics, 2019: p. 197-204.
2. **Hà, T.T.T. and B.M. Hạnh**, Một số yếu tố liên quan đến bệnh hen phế quản dị ứng do dị nguyên bụi bông tại cơ sở dệt may Nam Định. Tạp chí Y học dự phòng, 2016(7): p. 213-220.
3. **Hà, T.T.T., et al**., Hiệu quả can thiệp truyền thông thay đổi kiến thức, thực hành về hen phế quản dị ứng do dị nguyên bụi bông của công nhân tại cơ sở dệt may Nam Định năm 2016. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. **7**: p. 206-213.
4. **GOLD,** Global Initiative for chronic obstructive lung Disease, ”Global Strategy for the Diagnosis, Managanment and Prevent of Chronic obstructive pulmonary disealse". National Heart, Lung and Blood Institute/WHO, 2018.
5. **Guidelines, A.T.S.**, Standardization of Spirometry, 1994 Update. Am J Respir Crit Care Med, 1995. **152**(3): p. 1107-36.
6. **Thang, N.D., et al.,** Building a X-ray Database for Mammography on Vietnamese Patients and automatic Detecting ROI Using Mask-RCNN. Soft Computing for Biomedical Applications and Related Topics, 2019: p. 315-339.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO DO HẸP, TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN NGOÀI SỌ

Nguyễn Văn Tuyến*, Nguyễn Hoàng Ngọc*, Nguyễn Thị Cúc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hình ảnh cắt lớp vi tính và kết quả điều trị nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 66 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ, tại Trung tâm Đột quỵ não - bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2019 đến tháng 02/2020**. Kết quả**: Giới nam chiếm 64,6%. Độ tuổi trong bình 69,16 ± 12,62. Điểm NIHSS trung bình 12,93 ± 7,06, mức độ nặng chiếm 48,6%. Tổn thương não diện rộng chiếm 40,9%. Có 7,8% số bệnh nhân tắc mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ có biểu hiện lâm sàng nhẹ: NIHSS < 4 điểm. Các bệnh nhân không có bệnh lý hẹp van tim rung nhĩ có tiên lượng tốt. Các bệnh nhân có điểm NIHSS vào nặng có tiên lượng kết cục ngắn hạn xấu. Kết quả điều trị sau 1 tháng: mRS < 3: 50%; mRS 4-5: 34,8%; mRS 6: 15,2%. Các bệnh nhân được đặt stent có điểm mRS tốt chiếm tỷ lệ cao sau 01 tháng (70% có mRS< 3). **Kết luận**: Nhồi máu não tắc động mạch cảnh trong là một thể bệnh nặng nề. Số bệnh nhân có di chứng nặng hoặc tử vong chiếm tỷ lệ cao. Các bệnh nhân có điểm NIHSS vào nặng có tiên lượng kết cục ngắn hạn xấu.

**Trung tâm Đột quỵ não - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108;*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuyến
Email: bstuyena21@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khóa: hẹp mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ, đặt stent động mạch cảnh

SUMMARY

A STUDY ON CLINICAL FEATURES, COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES AND TREATMENT RESULTS FOR PATIENT WITH STENOSIS, OCCLUSION OF EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY

Objectives: A study on clinical features of computed tomography images and treatment results for carotid artery occlusion in the outer segment of the skull. **Subjects and Methods:** the cross-sectioned 66 stroke patients with cerebral infarction due to occlusion of the carotid artery in the outer segment of the skull, at Stroke Center - 108 Military Central Hospital from July 2019 to February 2020. **Results**: The proportion of male patients was 64,6%; The median age was 69.16 ± 12.62. The average NIHSS score was 12.93 ± 7.06, the severity was 48.6%. Patients with large-area brain damage accounts for 40.9%. 7,8% patients with occlusion of the extracranial internal carotid artery had NIHSS < 4. Patient without atrial fibrillation have a good prognosis. Outcome after 1 month: mRS < 3: 50%; mRS 4-5: 34,8%; mRS 6: 15,2%. Patients underwent intervention and stenting had good outcome (70% mRS< 3). **Conclusion**: The internal carotid artery occlusion is a serious disease. The number of patients with severe sequela or death accounts for a high rate. Patients

with severe NIHSS entry scores have a poor short-term outcome prognosis.

Keywords: extracranial carotid stenosis, carotid artery stenting

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não do hẹp, tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ: là một thể đặc biệt của đột quỵ nhồi máu não, chiếm tỷ lệ 8-9% trong các nguyên nhân gây đột quỵ. Căn nguyên gây tắc động mạch cảnh trong có thể là huyết khối trên nền xơ vữa, hoặc lấp mạch từ tim có hay không có mảng xơ. Tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng của hẹp, tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ rất đa dạng từ các mức độ nhẹ đến nặng. Độ nặng lâm sàng ban đầu này có liên quan thế nào đến kết cục ngắn hạn, và yếu tố nào sẽ giúp tiên đoán kết cục ngắn hạn này. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát lâm sàng các bệnh nhân hẹp và hoặc tắc động mạch cảnh trong nhằm các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính các bệnh nhân nhồi máu não hẹp, tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.

2. Kết quả điều trị các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp và hoặc tắc động mạch cảnh ngoài sọ điều trị tại trung tâm đột quỵ não, bệnh viện Trung ương quân đội 108 từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020, có thời gian nhập viện trong vòng 72 giờ kể từ lúc khởi phát đột quỵ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Loại trừ các bệnh nhân có bằng chứng lâm sàng và/hoặc hình ảnh học của nhồi máu não tuần hoàn sau, bệnh nhân có xuất huyết trong não hoặc xuất huyết khoang dưới nhện tiên phát, bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc bệnh lý nội khoa giai đoạn cuối ảnh hưởng đến diễn tiến bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu:

2.2.2.1.Các chỉ tiêu nghiên cứu

– Về lâm sàng: tuổi, giới, bệnh lý kết hợp

• Đánh giá tri giác dựa vào thang điểm Glasgow, điểm NIHSS thời điểm nhập viện và ra viện, điểm mRS thời điểm sau khởi phát 01 tháng.

– Cận lâm sàng: hình ảnh chụp cắt lớp vi tính não, mạch não.

• Vị trí tổn thương trên phim chụp CT, đặc điểm tổn thương mạch cảnh: mức độ tổn thương chia làm 4 mức độ: nhẹ (hẹp dưới 50%), vừa (hẹp từ 50-70%), nặng (từ 70-90%) và tắc hoàn toàn.

- Điều trị: nội khoa đơn thuần, can thiệp tái thông mạch, can thiệp tái thông mạch và đặt stent.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê mô tả và bằng phần mềm SPSS 20.0

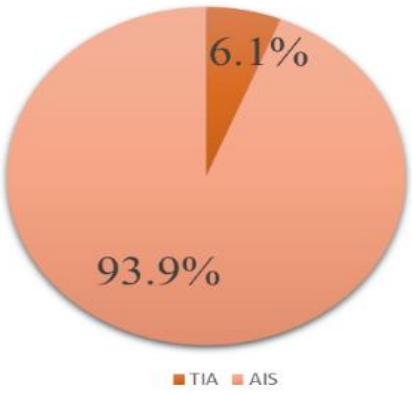
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm giới tính, độ tuổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Giới tính / Tuổi	Nam		Nữ	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
< 20	0	0	0	0
20-40	0	0	1	4,2
41-60	8	19,05	5	20,8
61-80	26	61,9	13	54,2
>80	8	19,05	5	20,8
Tổng	**42**	**100**	**24**	**100**
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	68 ± 14,88		69,83 ± 11,26	
	69,16 ± 12,62			

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm đa số (64,6%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69 tuổi. Độ tuổi 61-80 tuổi chiếm đa số.



Biểu đồ 1: Chẩn đoán khi nhập viện

Nhận xét: Các bệnh nhân nhập viện chủ yếu do xuất hiện triệu chứng nhồi máu não. Có 4 bệnh nhân chiếm 6,1% có triệu chứng cơn thiếu máu não thoáng qua.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử bệnh nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh lý kết hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	37	56%
Đái tháo đường	11	16,7
Đột quỵ não cũ	3	4,5
Rung nhĩ, bệnh lý van tim	14	21,2
Khác	7	10,6

Nhận xét: bệnh lý van tim và hoặc rung nhĩ chiếm 21,2 % số bệnh nhân.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %	X ± SD
Điểm NIHSS	< 4	9	13,6	12,93 ± 7,06
	5-14	22	33,3	
	15-25	32	48,6	
	>25	3	4,5	
	Tổng	**66**	**100%**	
Điểm Glasgow	< 5	1	1,5	12,54 ± 2,57
	6-8	3	4,5	
	9-11	12	18,2	
	12-13	24	36,4	
	>14	26	39,4	
	Tổng	**66**	**100%**	

Nhận xét: Các bệnh nhân nhập viện với tình trạng lâm sàng nặng (với NIHSS từ 15 đến 25 điểm) chiếm chủ yếu 48,6%.

Bảng 4: Mối liên quan giữa điểm NIHSS thời điểm nhập viện và một số yếu tố

Điểm NIHSS		<4	5-14	15-25	>25	Tổng
Bệnh lý van tim	Có	1 (7,1%)	1 (7,1%)	11(78,7%)	1 (7,1%)	14 (100%)
	Không	8(15,4%)	21(40,4%)	21(40,4%)	2(3,8%)	52 (100%)
Mức độ hẹp mạch	Vừa-Nặng	5(33,3%)	9 (60%)	1(6,67%)	0 (0%)	15 (100%)
	Tắc	4 (7,8%)	13 (25,5%)	31(60,8%)	3 (4,5%)	51 (100%)

Nhận xét: Các bệnh nhân có bệnh lý van tim và hoặc rung nhĩ có lâm sàng mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao. Có 7,8% số bệnh nhân tắc mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ có biểu hiện lâm sàng nhẹ: NIHSS < 4 điểm.

Bảng 5: Vị trí tổn thương não trên phim chụp cắt lớp vi tính

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Ổ khuyết	4	6,1
Nhồi máu 1 phần vùng cấp máu	28	42,4
Diện rộng	27	40,9
Không có tổn thương	7	10,6
Tổng	**66**	**100**

Nhận xét: tổn thương não diện rộng chiếm 40,9%. Không phát hiện tổn thương trên nhu mô não chiếm 10,6%.

Bảng 6: Đặc điểm tổn tương mạch cảnh

Đặc điểm tổn tương mạch cảnh		**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Mức độ hẹp	Nhẹ	2	3
	Vừa	6	9,1
	Nặng	7	10,6
	Tắc	51	77,3
	Tổng	66	100%
Bên tổn thương mạch cảnh	Trái	25	37,9
	Phải	36	54,5
	Cả 2 bên	5	7,6
	Tổng	**66**	**100%**

Nhận xét: Bên phải chiếm tỷ lệ cao 54,5%.

3.2. Kết quả điều trị các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.

Bảng 7: Mối liên quan giữa điểm mRS thời điểm 01 tháng và một số yếu tố

mRS		**<3**	**4-5**	**6**	**P**
Bệnh van tim, rung nhĩ	Có	4 (28,6%)	6 (42,9%)	4(28,6%)	0,13
	Không	29 (55,77%)	17 (32,69%)	6 (11,54%)	
Mức độ tổn thương	Hẹp	11 (73,33%)	3 (20%)	1 (6,67%)	0,11
	Tắc	22(43,1%)	20 (39,2%)	9(17,6%)	
Điểm NIHSS vào	< 15	27 (61,4%)	16 (36,4%)	1 (2,3%)	< 0,05
	≥ 15	6 (27,3%)	7 (31,8%)	9 (40,9%)	
Điều trị	Nội khoa	20 (47,6%)	15 (35,7%)	7 (16,7%)	0,55
	Can thiệp tái thông mạch	6 (42,9%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)	
	Can thiệp tái thông mạch và đặt stent	7 (70%)	3 (30%)	0 (0%)	
Tổng		**33 (50%)**	**23 (34,8%)**	**10(15,2%)**	

Nhận xét: Các bệnh nhân không có bệnh lý hẹp van tim rung nhĩ và mức độ tổn thương mạch cảnh nhẹ có tiên lượng tốt. Các bệnh nhân được đặt stent có điểm mRS tốt (70% có mRS< 3).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Từ tháng 7/2019 tới tháng 2/2020, chúng tôi thu nhận được 66 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ vào nghiên cứu. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 69,16 tuổi,

nhỏ nhất là 36 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hầu hết các nghiên cứu khác trong y văn trên bệnh nhân tắc động mạch cảnh trong, trong đó ghi nhận tuổi trung bình ở khoảng từ 60 đến 65 tuổi, thấp hơn nghiên cứu của Kao và cộng sự ở 30 bệnh nhân ghi nhận tuổi trung bình lớn hơn, ở mức 72,1 tuổi.

Nam là giới chiếm ưu thế (64,6%) cũng như trong hầu hết mọi nghiên cứu được công bố trong y văn trên bệnh nhân đột quỵ tắc động mạch cảnh trong, với mức phổ biến là nam chiếm từ 60% đến 75%. Tắc động mạch cảnh trong xảy ra ưu thế ở nam giới, điều này một phần có thể hiểu được vì giới nam là một yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch và đột quỵ.

Các yếu tố nguy cơ cho bệnh lý mạch máu não được ghi nhận như sau: tăng huyết áp hiện diện ở 56% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu, đái tháo đường được ghi nhận hiện diện ở 16,7% bệnh nhân. Về bệnh lý tim mạch, ghi nhận 21,2% bệnh nhân có rung nhĩ và hoặc bệnh van tim. Có 4 bệnh nhân (6,1%) nhập viện vì cơn thoáng thiếu máu não. Rung nhĩ cũng là một yếu tố nguy cơ được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây, 17% trong nghiên cứu của Flaherty và cộng sự, 18,1% trong nghiên cứu của Paciaroni và cộng sự. Các bệnh nhân có bệnh lý van tim và hoặc rung nhĩ có lâm sàng mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm không mắc bệnh.

Điểm NIHSS lúc nhập viện: trung bình 12,93 ± 7,06; trong đó có 13,6% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nhẹ (điểm NIHSS 0-4); 33,3% ở mức trung bình (NIHSS từ 5-14); 48,6% bệnh nhân ở mức nặng (NIHSS 15-25); và 4,5% bệnh nhân ở mức rất nặng (NIHSS >25). Biểu hiện lâm sàng ở mức độ nặng tương tự cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu của các tác giả khác; như nghiên cứu của Weimar C – 2006 có NIHSS trung bình lúc nhập viện 12, thấp hơn nghiên cứu của Paciaroni M – 2012 có NIHSS trung bình là 14,7. Điều này khẳng định thực sự nhồi máu não tắc động mạch cảnh trong là một bệnh cảnh nặng nề, do động mạch cảnh trong là một trong những động mạch chính cấp máu cho não.

Tuy nhiên, số 7,8% số bệnh nhân tắc mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ có biểu hiện lâm sàng nhẹ: NIHSS < 4 điểm. Đây là điểm đặc biệt trong bệnh lý tắc mạch cảnh ngoài sọ, có thể lý giải tuần hoàn bàng hệ của nhóm bệnh nhân này hoạt động rất hiệu quả, nên tắc mạch cảnh không gây tổn thương lớn.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương trên nhu mô não, trong đó 40,9% bệnh nhân bị nhồi máu diện rộng. 7% số bệnh nhân không phát hiện tổn thương trên phim CT sọ não. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hiroshi Yamauchi và cộng sự (9% số bệnh nhân không có nhồi máu). 77,3% bệnh nhân có tắc mạch cảnh ngoài sọ. Bên phải chiếm tỷ lệ cao 54,5%.

4.2. Về kết quả điều trị bệnh nhân hẹp tắc động mạch cảnh ngoài sọ

Kết quả điều trị sau 1 tháng: mRS < 3: 50%; mRS 4-5: 34,8%; tử vong: 15,2%. Các bệnh nhân không có bệnh lý hẹp van tim rung nhĩ và mức độ tổn thương mạch cảnh nhẹ có tiên lượng tốt hơn. Các bệnh nhân có

điểm NIHSS vào nặng có tiên lượng kết cục ngắn hạn xấu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điểm NIHSS có liên quan chặt chẽ với kết cục chức năng. Các bệnh nhân được đặt stent có điểm mRS tốt sau 01 tháng (70% có mRS< 3). Không ghi nhận biến chứng do đặt stent trong quá trình nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Nhồi máu não tắc động mạch cảnh trong là một thể bệnh nặng nề, xảy ra ưu thế ở nam giới, bệnh nhân thường có nhiều bệnh lý kết hợp: tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch. Có 7,8% số bệnh nhân tắc mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ có biểu hiện lâm sàng nhẹ: NIHSS < 4 điểm. Kết quả điều trị sau 1 tháng: mRS < 3: 50%; mRS 4-5: 34,8%; tử vong 15,2%. Các bệnh nhân không có bệnh lý hẹp van tim rung nhĩ và mức độ tổn thương mạch cảnh nhẹ có tiên lượng tốt hơn. Các bệnh nhân có điểm NIHSS vào nặng có tiên lượng kết cục ngắn hạn xấu. Can thiệp mạch, đặt stent cho thấy kết quả tốt (70% có mRS< 3).

VI. KIẾN NGHỊ:

Tất cả các BN đột quỵ thiếu máu não nên được khảo sát mạch cảnh ngoài sọ. Có tỷ lệ nhất định đột quỵ nhồi máu não cấp không tương xứng giữa lâm sàng và hình ảnh, lâm sàng nhẹ nhưng hình ảnh đã hẹp hoặc tắc động mạch mạch cảnh.

Những đối tượng có nguy cơ đột quỵ cao cần được khảo sát mạch cảnh ngoài sọ có thể bằng siêu âm Dopler hoặc chụp chụp cắt lớp vi tính mạch máu não để can thiệp chủ động, dự phòng được đột quỵ nặng có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paciaroni M, Balucani C, Agnelli G, et al, (2012).** Systemic Thrombolysis in Patients With Acute Ischemic Stroke and Internal Carotid ARtery Occlusion. The ICARO Study. Stroke;43:125-130
2. **Powers WJ, Clarke WR, Grubb RL, Videen TO, Adams HP, Derdeyn CP, for the COSS Investigators, (2011).** Extracranial-Intracranial Bypass Surgery for Stroke Prevention in Hemodynamic Cerebral Ischemia: The Carotid Occlusion Surgery Study: A Randomized Trial. JAMA; 306(18): 1983–1992.
3. **Weimar C., Goertler M., Harms L., Diener H.C., for the German Stroke Study Collaboration, (2006).** Distribution and Outcome of Symptomatic Stenoses and Occlusions in Patients With Acute Cerebral Ischemia. Arch Neurol;63:1287-1291.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG DẪN LƯU NÃO THẤT NGOÀI KẾT HỢP TIÊM ALTEPLASE QUA DẪN LƯU Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO THẤT MỨC ĐỘ NẶNG

Nguyễn Văn Tuyến*, Nguyễn Thị Cúc*, Nguyễn Hoàng Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu hiệu quả điều trị dẫn lưu não thất ngoài kết hợp tiêm alteplase qua dẫn lưu ở bệnh nhân chảy máu não thất mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu can thiệp 15 bệnh nhân chảy máu não thất mức độ nặng tại Trung tâm Đột quỵ não - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 4/2018 đến tháng 12/2019. **Kết quả**: trong 15 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu, trong đó 40% chảy máu não thất nguyên phát, 3 trường hợp vỡ phình mạch, 1 vỡ AVM. Trước EVD điểm Graeb trung bình 10.33 ± 0.97. Liều alteplase đầu tiên được bơm sau EVD 20,33 ± 17,66 giờ, số liều trung bình 4,35 ± 1,82. Thời gian lưu EVD 6,71 ± 2,01 ngày. Biến chứng: 1 trường hợp tắc dẫn lưu não thất mở, 1 trường hợp giãn não thất mạn tính. 20% bệnh nhân tử vong trong quá trình nằm viện. GCS trung bình thời điểm ra viện cải thiện so với nhập viện (10,86 ± 4,63 so với 7,46 ± 1,3). Hồi phục chức năng tốt với mRS ≤ 3 điểm thời điểm sau khởi phát 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 40%, 53,33 %. **Kết luận**: Điều trị bằng dẫn lưu não thất mở kết hợp bơm alteplase qua dẫn lưu an toàn và cải thiện được tỷ lệ tử vong, giúp tăng khả năng hồi phục chức năng thần kinh ở bệnh nhân chảy máu não thất mức độ nặng.

Từ khóa: Chảy máu não thất, dẫn lưu não thất ngoài kết hợp tiêm alteplase.

**Trung tâm Đột quỵ não - Bệnh viện Trung ương* Quân đội 108.
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuyến
Email: bstuyena21@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

TREATMENT RESULT FOR PATIENT WITH INTRAVENTRICULAR HAEMORRHAGE WERE TREATED BY EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE AND INTRAVENTRICULAR FIBRINOLYSIS

Objective: To study the efficacy of drainage of the external ventricle with alteplase injection in patients with severe ventricular bleeding. **Subjects and Methods**: Intervention research, total 15 patients with intraventricular haemorrhage (IVH) treated with extraventricular drainage (EVD) and intraventricular alteplase, at Stroke Centre, 108 Military Central hospital, from April 2018 to December 2019. **Result**: The causes of IVH: 6 patients spontaneous intraventricular haemorrhage, 1 AVM, 3 aneurysm. Mean Graeb score before EVD was 10.33 ± 0.97. Most patients had EVD after 26,82 ± 37,54 hours from onset and received the first dose of alteplase 20,33 ± 17,66 hours later. The mean number of alteplase doses was 4,35 ± 1,82. EVD was maintained about 6,71 ± 2,01 days. Complications in the study: 1 blocked drainage, 1 chronic hydrocephalus. 20% patients died in hospital. GCS improved at discharge (10,86 ± 4,63 with 7,46 ± 1,3). The rate of patient who had mRS score 0- 3 at 1 month, 3 months were 40%, 53,33%. **Conclusions**: extraventricular drainage with intraventricular alteplase was safe

and associated with a lower risk of death, increased the chance of having a good functional outcome at 1 month, 3 months in IVH patients.

Keywords: intraventricular haemorrhage, extraventricular drainage with intraventricular alteplase

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não thất nguyên phát hoặc thứ phát chiếm khoảng 10 - 15 % đột quỵ não, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày chiếm 35 % - 52 %, tỷ lệ này cao hơn ở các bệnh nhân chảy máu não thất mức độ nặng. Khi chảy máu não thất có giãn não thất cấp phối hợp, tỷ lệ kết quả tốt giảm xuống còn 11%. Đặt dẫn lưu não thất ngoài (external ventricular drainage - EVD) kết hợp tiêm chất tiêu huyết khối vào não thất qua dẫn lưu đã được thực hiện trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Sự an toàn của phương pháp này đã được công bố trong nghiên cứu Clear III (2017).

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp điều trị kết hợp phẫu thuật EVD với bơm alteplase qua dẫn lưu ở bệnh nhân có chảy máu não thất mức độ nặng gây giãn não thất cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm 15 bệnh nhân có chẩn đoán chảy máu não thất mức độ nặng, GCS < 9 điểm, tắc não thất 3 và/ hoặc não thất 4 (GRAEB ≥ 9 điểm) được điều trị EVD kết hợp tiêm alteplase qua dẫn lưu, tại Trung tâm Đột quỵ não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 12 năm 2019.

- ***Tiêu chuẩn lựa chọn:***

+ Tuổi từ 18 - 80 tuổi.

+ Thể tích xuất huyết nhu mô não ≤ 30ml.

+ Tràn máu toàn bộ hệ thống não thất với Graeb ≥ 9.

+ Tiền sử có thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) đạt điểm 0 hoặc 1.

- ***Tiêu chuẩn loại trừ***

+ Nguyên nhân chảy máu do vỡ phình mạch hoặc dị dạng thông động tĩnh mạch chưa được nút kín hoàn toàn.

+ Dị dạng đám rối mạch mạc hoặc hội chứng Moyamoya.

+ Rối loạn đông máu với số lượng tiểu cầu < 100.000 và / INR >1,4

+ Phụ nữ có thai.

Các bệnh nhân được đặt dẫn lưu não thất ra ngoài và sử dụng alteplase bơm qua dẫn lưu với liều: 1mg/ 1 lần mỗi 8 giờ, đến khi 80% cục máu đông được loại bỏ, não thất 3, 4 đã thông, hoặc tối đa 12 liều.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: nghiên cứu mô tả, tiến cứu kết hợp hồi cứu, theo dõi dọc.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Các chỉ số lâm sàng: Điểm Glasgow (GCS) thời điểm: nhập viện, ra viện. Điểm Rankin sửa đổi (mRS): sau ra viện 01 tháng, 03 tháng. Tiền sử bệnh lý kết hợp.

- Các chỉ tiêu cận lâm sàng: Điểm Graeb đánh giá trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não thời điểm trước phẫu thuật đặt EVD. Hình ảnh mạch máu não (CT-angiography). Các xét nghiệm đông máu cơ bản.

- Chỉ tiêu trong điều trị: Thời gian phẫu thuật đặt EVD sau khởi phát, thời gian lưu EVD. Thời gian bơm liều alteplase đầu tiên sau EVD, số liều. Biến chứng tại vị trí dẫn lưu, biến chứng toàn thân.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê mô tả và bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm giới tính, độ tuổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Giới tính / Tuổi	Nam		Nữ	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
≤ 18	0	0	1	25
18-65	7	63,63	3	75
>65	4	36,37	0	0
Tổng	**11**	**100**	**4**	**100**
$\overline{X}$ ± SD	60,72 ± 9,89		46 ± 21,24	
(Min - Max)	56.8 ± 14.56 (18- 74)			

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm đa số (73,33%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,8. Trong đó tuổi trung bình nữ thấp hơn nam. Độ tuổi 18-65 tuổi chiếm đa số.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử bệnh nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	7	46,67
Chảy máu não cũ	2	13,33
Nghiện cocain	1	6,67
Hút thuốc lá	5	33,33
Rối loạn đông máu	0	0

Nhận xét: Có 7/15 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Có 2 bệnh nhân có tiền sử chảy máu não cũ với mRS <1. 1 bệnh nhân nghiện cocain.

Bảng 3. Điểm GCS và NIHSS khi nhập viện

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %	$\overline{X}$ ± SD (Min- Max)
Glasgow vào	≤ 8	11	73,33	7.46 ± 1.30 (5 - 9)
	9	4	26,67	
	> 9	0	0	

Nhận xét: 73,33% trong tình trạng hôn mê với GCS dưới 8 điểm. 26,67% bệnh nhân có GCS 9 điểm.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên phim cắt lớp vi tính sọ não

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Điểm Graeb	< 9	0	0 %
	9 – 11	13	86,67 %
	12	2	13,33 %
	$\overline{X}$ ± SD (Min - Max)	10.33 ± 0.97	
Vị trí chảy máu	Não thất	6	40 %
	Não thất + nhu mô	5	33,3 %

	Não thất + dưới nhện	3	20 %
	Não thất + nhu mô + dưới nhện	1	6,7%
Vị trí chảy máu nhu mô	Nhân xám	5	33,33 %
	Dưới lều	1	6,67%
	Thể tích máu tụ trong nhu mô não (ml) X ± SD (Min- Max)	9.71 ± 5.69 (2.8 – 14.7)	
Đẩy đường giữa	$\overline{X}$ ± SD (Min- Max) (mm)	5.02 ± 0.85 (4 – 6.1)	
CTA	Bình thường	11	73,33 %
	AVM	1	6,67 %
	Phình mạch	3	20 %

Nhận xét: Các bệnh nhân trong đều có điểm Graeb mức độ nặng (> 9 điểm), trung bình 10.33 ± 0.97. 4 trường hợp kết hợp tràn máu khoang dưới nhện trong đó 3 trường hợp vỡ phình mạch, 1 trường hợp vỡ AVM.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5: Một số chỉ tiêu theo dõi EVD

Đặc điểm	$\overline{X}$ ± SD	Min	Max
Thời gian đặt EVD (giờ)	26,82 ± 37,54	3	144
Thời gian lưu EVD (ngày)	6,71 ± 2,01	4	9
Thời gian tiêm TPA (h)	20,33 ± 17,66	5	62
Số liều TPA	4,35 ± 1,82	1	7

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật EVD sau khởi phát trung bình 26,82 ± 37,54 giờ. Thời gian lưu EVD trung bình 6,71 ± 2,01 ngày. Trong đó có 1 trường hợp chúng tôi đặt dẫn lưu não thất 2 bên. Thời gian tiêm alteplase sau EVD trung bình 20,33 ± 17,66 giờ. Số liều trung bình 4,35 ± 1,82.

Bảng 6: Biến chứng của dẫn lưu não thất ngoài

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tắc dẫn lưu não thất	1	6,67
Chảy máu	0	0
Viêm não thất	0	0
Giãn não thất mạn tính	1	6,67

Nhận xét: Không có biến chứng chảy máu xung quanh chân dẫn lưu hay viêm não thất. Có 1 trường hợp tắc dẫn lưu não thất mở.

Bảng 7: Biến chứng toàn thân

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ%
Viêm phổi	3	20
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1	6,67
Chảy máu tiêu hóa	0	0

Nhận xét: Biến chứng viêm phổi gặp ở 3 bệnh nhân chiếm 20%. 1 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu.

Bảng 8: Điểm glagsow thời điểm vào và ra viện

Glasgow	Vào viện		Ra viện	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ #
3	0	0	3	20
4-5	2	13,33	0	0
6-8	9	60	1	6,67
9-11	4	26,67	2	13,33
≥ 12	0	0	9	60
X ± SD	7,46 ± 1,3		10,86 ± 4,63	

Nhận xét: GCS trung bình thời điểm nhập viện và ra viện lần lượt là: 7,46 ± 1,3 và 10,86 ± 4,63. Trong đó tỷ lệ glagsow trên 12 điểm chiếm 60 % khi ra viện.

Bảng 9: Đánh giá mức độ hồi phục lâm sàng sau theo thang điểm mRankin

mRS	1 tháng		3 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
0-3	6	40	8	53,33
4-6	9	60	7	46,67

Nhận xét: Sau 1 tháng có 40 % mRS ≤3 điểm, sau 3 tháng tỷ lệ này tăng lê 53,33%. Tỷ lệ tử vong: 3 trường hợp chiếm 20%.

IV. BÀN LUẬN

4.1.Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 73,33%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56.8 ± 14.56. Tuổi 18-65 chiếm đa số ở cả 2 giới. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân khởi phát bệnh ở tuổi trẻ (18 tuổi), cao nhất 74 tuổi.

- Về tiền sử bệnh lý: 46,67% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và không được kiểm soát huyết áp có hệ thống. Không có trường hợp nào có tiền sử rối loạn chức năng đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông máu.

- Thời điểm trước EVD tất cả các bệnh nhân đều có GCS dưới 9 điểm, GCS ≤ 8 điểm chiếm 73,33%, thấp nhất 5 điểm. Nhìn chung tình trạng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nặng, tiên lượng nguy cơ tử vong cao, yêu cầu cần phải cấp cứu điều trị kịp thời.

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có điểm Graeb mức độ nặng (> 9 điểm), trung bình 10.33 ± 0.97. Trong đó 2 bệnh nhân có điểm tối đa 12 điểm. Flint A. C. và cộng sự (2008) đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp chảy máu não thất nguyên phát. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân nghiên cứu có giãn não thất (62%) mà trong đó có khoảng một phần ba số bệnh nhân cần phải dẫn lưu não thất ra ngoài (34%), tỷ lệ tử vong là 39%. Tuổi và điểm Graeb dự báo một cách độc lập tỷ lệ tử vong trong bệnh viện.

- Chảy máu não thất thứ phát do tràn máu từ nhu mô não chiếm 40%. Thể tích máu tụ trong nhu mô não không lớn trung bình 9.71 ± 5.69 (ml). Đè đẩy đường giữa trung bình 5.02 ± 0.85 (mm). Do vậy tình trạng hôn mê của bệnh nhân có thể do tăng áp lực nội sọ gây ra bởi giãn não thất. Đặt dẫn lưu não thất ra ngoài sớm là biện pháp điều trị cấp cứu nhằm kiểm soát áp lực nội sọ và có thể làm giảm tỷ lệ tử vong ngắn hạn. 40% bệnh nhân chảy máu não thất nguyên phát. 3 trường hợp vỡ phình mạch, 1 trường hợp vỡ AVM. Cả 4 trường hợp này đều được tiến hành can thiệp nút keo sinh học vào AVM, nút coils phình mạch kín hoàn toàn trước khi tiến hành phẫu thuật EVD và bơm alteplase, trong quá trình điều trị không gặp biến chứng chảy máu tái phát.

4.2. Về kết quả điều trị

- Thời gian tiến hành phẫu thuật EVD sau khởi phát trung bình trong nghiên cứu này là 26,82 ± 37,54 giờ. Thời gian lưu dẫn lưu trung bình 6,71 ± 2,01 ngày, tối đa 9 ngày.

- Thời gian tiêm alteplase sau EVD trung bình 20,33 ± 17,66 giờ. Số liều trung bình 4,35 ± 1,82, thấp nhất 1 liều, cao nhất 7 liều, gần tương đương so với nghiên cứu Clear III (số liều trung bình 5).

- Biến chứng: có 1 (10%) trường hợp bệnh nhân được xác định biến chứng tắc dẫn lưu não thất. Biến chứng này gặp ở 14 trong 72 bệnh nhân (19.4%) trong một nghiên cứu về dẫn lưu não thất khác. 1 trường hợp có biến chứng giãn não thất mạn tính sau 1 tháng, đã được đặt dẫn lưu não thất ổ bụng.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp tử vong (20%), 1 trường hợp nhồi máu não rộng 2 bên bán cầu, phù não lớn nghĩ đến do co thắt mạch, 2 trường hợp tử vong nghĩ đến sốc nhiễm khuẩn (cấy máu, cấy dịch não tủy đều âm tính). Nhiều bằng chứng khoa học cho thấy rằng chảy máu não thất liên quan tới kết cục xấu và có tỷ lệ tử vong cao (40 - 80%). Dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần không làm thay đổi nhiều tỷ lệ di chứng và tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân chảy máu não thất.

- 15 bệnh nhân đều có tình trạng rất nặng khi nhập viện GCS trung bình thời điểm nhập viện là: 7,46 ± 1,3. Thời điểm xuất viện GCS trung bình cải thiện đáng kể (10,86 ± 4,63). Trong đó tỷ lệ glagsow trên 12 điểm chiếm 60 % khi ra viện.

- Thời điểm 1 tháng điểm mRS cải thiện ở mức độ tốt: 0- 3 điểm đạt 40%, tuy thấp hơn so với nghiên cứu của Lương Quốc Chính và cs (51.6%), có thể do bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn: toàn bộ các bệnh nhân đều có Graeb > 9 điểm và glasgow < 9 điểm. Sau 3 tháng tỷ lệ hồi phục chức năng tốt đạt 53,33%. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù có điểm Graeb nhưng thể tích máu tụ trong nhu mô nhỏ, vì vậy tiên lượng khả năng hồi phục tốt sau khi đã dẫn lưu hết máu tụ trong não thất.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 15 bệnh nhân chảy máu não thất được phẫu thuật dẫn lưu não thất ngoài kết hợp bơm alteplase qua dẫn lưu vào não thất thấy rằng.

- Nguyên nhân chảy máu não máu não thất: chảy máu não thất thứ phát do tràn máu từ nhu mô não chiếm 40 %. Có 6/15 bệnh nhân chảy máu não thất nguyên phát, 3

trường hợp vỡ phình mạch, 1 trường hợp vỡ AVM. Điểm Graeb trung bình 10.33 ± 0.97.

- Thời gian phẫu thuật EVD sau khởi phát trung bình 26,82 ± 37,54 giờ. Thời gian lưu EVD trung bình 6,71 ± 2,01 ngày. Trong đó có 1 trường hợp đặt dẫn lưu não thất 2 bên. Thời gian tiêm alteplase sau EVD trung bình 20,33 ± 17,66 giờ. Số liều trung bình 4,35 ± 1,82 liều. Có1 trường hợp tắc dẫn lưu não thất mở, 1 trường hợp giãn não thất mạn tính.

- Có 3/15 bệnh nhân tử vong khi nằm viện. GCS trung bình thời điểm ra viện cải thiện hơn lúc nhập viện: 10,86 ± 4,63 so với 7,46 ± 1,3. mRS ≤ 3 điểm sau 1 tháng 40 %; sau 3 tháng 53,33%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Quốc Chính** (2014), Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Adams RE, Diringer MN** (1998). Response to external ventricular drainage in spontaneous intracerebral hemorrhage with hydrocephalus. Neurology, 50, 519 – 523.
3. **Flint A. C., Roebken A. and Singh V**. (2008). Primary intraventricular hemorrhage: yield of diagnostic angiography and clinical outcome. Neurocrit Care, 8 (3), 330-336.
4. **Hagel S., Bruns T., Pletz M. W. et al**. (2014). External Ventricular Drain Infections: Risk Factors and Outcome. Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases, 2014, 708531.
5. **Hanley DF et al** (2017). Thrombolytic removal of intraventricular haemorrhage in treatment of severe stroke: results of the randomised, multicentre, multiregion, placebo-controlled CLEAR III trial. Lancet. 2017 Feb 11;389(10069):603-611.
6. **Hallevi H., Albright K. C., Aronowski J. et al.** (2008). Intraventricular hemorrhage: Anatomic relationships and clinical implications. Neurology, 70 (11), 848-852.
7. **Mendelow AD, Gregson BA, Fernandes HM et al** (2000). STICH investigators. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the international surgical trial in intracerebral haemorrhage (stich): a andomized trial. Lancet, 365, 387 – 397).

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM VÀ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ HẠCH CỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN

Nguyễn Thị Cẩm Nhung*, Đoàn Minh Thúy*, Trương Quốc Chung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét vai trò của siêu âm và cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán hạch cổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân với 216 hạch được đánh giá trên siêu âm và 60 hạch trên CLVT. Các bệnh nhân được siêu âm và chụp CLVT vùng cổ và làm xét nghiệm FNA, sinh thiết tức thì và mô bệnh học từ đó tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chẩn đoán chính xác của phương pháp siêu âm. **Kết quả:** Tỉ lệ nữ/nam là 8. Theo kết quả mô bệnh học có 138 hạch lành tính, 78 hạch ác tính (trên siêu âm) và 41 hạch lành tính, 19 hạch ác tính (trên CLVT). Về phân bố nhóm hạch trên siêu âm và CLVT: hạch di căn trong UTBMTG chủ yếu thuộc nhóm hạch trung tâm (nhóm VI) với tỷ lệ là 47,4% trên siêu âm và 52,6% trên CLVT, tiếp theo là nhóm hạch cổ bên (nhóm IV và nhóm III). Giá trị của siêu âm chẩn đoán hạch vùng cổ: các dấu hiệu như tỷ lệ L/S < 2, hình dạng hạch tròn, bờ không đều, có vi vôi hóa trong hạch có độ nhạy và đặc hiệu cao hơn với các tính chất còn lại. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán hạch vùng cổ**:** tính chất ngấm thuốc cản quang mạnh có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chẩn đoán chính xác đều cao (lần lượt 57,9%, 95,1%, 83,3%. **Kết luận:** Di căn hạch vùng cổ từ UTBMTG đánh giá trên siêu âm và CLVT thường gặp ở nhóm cổ trung tâm, chủ yếu nhóm VI, tiếp theo là nhóm hạch cổ bên (IV và III). Các dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm là hình dạng hạch tròn, bờ không đều, hoại tử hạch và vi vôi hóa, trên CLVT là dấu hiệu ngấm thuốc đối quang mạnh.

Từ khóa: Hạch cổ di căn, ung thư biểu mô tuyến giáp, siêu âm, CLVT.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF CT SCANER AND UTRASOUND FOR EVALUATING CERVICAL LYMPH NODES IN PATIENTS WITH CARCINOMA THYROID CANCER

Objective: to evaluate values of ultrasound and CT Scanner in Cervical lymph Node Metastasis from Thyroid Carcinoma diagnosis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study in 112 patients with 216 lymph nodes on ultrasound and 60 lymph nodes on CT Scanner. Ultrasound and CT Scanner was assessed, FNA has been done and comparison with the result of pathology. **Results:** The ratio of female/male was 8. There were 138 benign lymph nodes and 78 malignant lymph nodes on ultrasound, 41 benign lymph nodes and 19 lymph nodes on CT Scanner. Distribution of cervical lymph node metastasis from thyroid carcinoma on ultrasound and CT Scanner: Cervical lymph Node Metastasis from Thyroid Carcinoma is common in the central compartment (level VI) with 47.4% on ultrasound and 52,6% on CT

**Bệnh viện Nội tiết Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cẩm Nhung
Email: Drnhung101@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Scanner, followed by lateral compartment (level IV and level III). The value of Ultrasound in Cervical lymph Node Metastasis from Thyroid Carcinoma diagnosis: The ratio of L/S<2, round shape, irregular margin, microcalcification had higher sensitivity and specificity than other features. The value of CT Scanner in Cervical Lymph Node Metastasis from Thyroid Carcinoma diagnosis: The sensitivity, specificity and accuracy of strong nodal enhancement on CT Scanner were 57,9%, 95,1%, 83,3%. **Conclusion:** Cervical lymph node metastasis from Thyroid Carcinoma evaluated on ultrasound and CT Scanner is common at the central compartment lymph node (level VI), followed by the lateral compartment lymph node (level IV and III). Suspicious features of lymph nodes were the following: round shape, irregular margin, cystic change, calcification on ultrasound and strong nodal enhancement on CT Scanner.

Keywords: Cervical lymph node metastasis, thyroid carcinoma, ultrasound, CT Scanner

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong ung thư tuyến giáp di căn hạch cổ là một yếu tố tiên lượng xấu cho bệnh nhân (thời gian sống sau phẫu thuật thấp hơn và khả năng tái phát cao hơn). Về điều trị theo khuyến cáo của Mạng lưới ung thư quốc gia của Mỹ (NCCN) Hiệp hội tuyến giáp của Mỹ (ATA) và nhiều tác giả khác phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ kết hợp với điều trị I131 là lựa chọn hàng đầu với ung thư biểu mô TG [1],[2]. Siêu âm có giá trị cao trong chẩn đoán và theo dõi BN UTTG trước và sau phẫu thuật. Tuy nhiên hạn chế của phương pháp siêu âm là không đánh giá được tổng quát các cấu trúc xung quanh vùng cổ cũng như các hạch ở sâu dưới hõm ức (nhóm số VII). Máy chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa lát cắt, tái tạo theo không gian ba chiều đã khắc phục được các nhược điểm của siêu âm, ngày càng trở thành phương pháp chẩn đoán có giá trị cao trong bệnh lý tuyến giáp nói chung và đánh giá hạch cổ nói riêng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của hạch vùng cổ trên siêu âm và cắt lớp vi tính ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp.

2. Nhận xét vai trò của siêu âm và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch cổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 112 bệnh nhân với 216 hạch được đánh giá trên siêu âm và 60 hạch trên CLVT. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Chọn các bệnh nhân được chẩn đoán hoặc nghi ngờ UTTG (theo kết quả FNA) và có hạch cổ nghi ngờ ác tính, được phẫu thuật tại khoa Ngoại bệnh viện Nội Tiết Nghệ An. Tiêu chuẩn loại trừ: BN có chống chỉ định chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được siêu âm và chụp CLVT vùng cổ và làm xét nghiệm FNA, sinh thiết tức thì và mô bệnh học từ tháng 3/2020 đến tháng 10/2020.

Các biến về đặc điểm của hạch trên siêu âm

- Vị trí: Theo AJCC chia các hạch vùng cổ thành hai khoang: Vùng hạch cổ trung tâm (bao gồm nhóm VI và VII) và vùng hạch cổ bên (bao gồm các hạch từ I-V).

- Số lượng (một bên/hai bên), kích thước hạch (ĐK trục ngắn:≤ 8mm, >8mm), tỷ lệ trục dài/ngắn (≥2,<2), vỏ hạch (dày đồng tâm, lệch tâm), hình dạng (bầu dục/dẹt, tròn), bờ (Đều, rõ hay không đều), độ hồi âm (Giảm âm, tăng âm, hỗn hợp âm), rốn hạch

(có/ không), hoại tử (có/không), vôi hóa (vôi hóa thô, vi vôi hóa), tưới máu (rốn, ngoại vi, hỗn hợp, không có tưới máu).

Các biến về đặc điểm của hạch trên CLVT

Tỷ lệ trục dài/ngắn (≥2,<2), tỷ trọng (đồng nhất, không đồng nhất, hoại tử), ngấm thuốc mạnh (kém, trung bìn, mạnh), vôi hóa bên trong hạch.

2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0 và Excell 2010.

Các thuật toán áp dụng: Khi bình phương, tính độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), độ chẩn đoán chính xác (Acc), giá trị dự báo dương (PPV), giá trị dự báo âm (NPV) của phương pháp siêu âm và cắt lớp vi tính, đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh làm tiêu chuẩn vàng, trung bình và độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tổng số 112 bệnh nhân có hạch di căn trong ung thư biểu mô tuyến giáp, nữ / nam = 99/13 (~ 8). Tuổi trung bình 49, thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 74 tuổi. Nhóm tuổi từ 46-60 tuổi chiếm cao nhất (45,5%).

3.2. Đặc điểm của hạch trên siêu âm và cắt lớp vi tính

Bảng 1. Phân bố đặc điểm nhóm hạch trên siêu âm theo kết quả mô bệnh học (N=216)

Nhóm hạch \ Mô bệnh học		Lành tính		Ác tính	
		n_1 = 138	%	n_2 = 78	%
Nhóm trung tâm	Nhóm VI	41	29,7	37	47,4
	Nhóm VII	0	0,0	2	2,6
Nhóm cổ bên	Nhóm I	1	0,7	0	0,0
	Nhóm II	15	10,9	3	3,8
	Nhóm III	28	20,3	12	15,4
	Nhóm IV	52	37,7	24	30,8
	Nhóm V	1	0,7	0	0,0

Tỷ lệ hạch ác tính thường gặp ở nhóm hạch cổ trung tâm chủ yếu nhóm VI (47,7%), tiếp theo là nhóm hạch cổ bên: nhóm IV (30,8%) và nhóm III (15,4%)

Bảng 2. Phân bố đặc điểm nhóm hạch trên CLVT theo kết quả mô bệnh học (N=60)

Nhóm hạch \ Mô bệnh học		Lành tính		Ác tính	
		n_1 = 41	%	n_2 = 19	%
Nhóm trung tâm	Nhóm VI	11	26,8	10	52,6
	Nhóm VII	2	4,9	2	10,5
Nhóm cổ bên	Nhóm I	0	0,0	0	0,0
	Nhóm II	5	12,2	1	5,3
	Nhóm III	7	17,1	1	5,3
	Nhóm IV	15	36,6	5	26,3
	Nhóm V	1	2,4	0	0,0

Tỷ lệ gặp hạch ác tính ở nhóm số VI cao nhất (52,6%), tiếp theo là nhóm số IV (26,3%). Trong nhóm hạch trung tâm, hạch ác tính có tỷ lệ cao hơn hạch lành tính ở cả hai nhóm VI và VII (52,6% so với 26,8%, 10,5% so với 4,9%).Còn ở nhóm cổ bên thì ngược lại, tỷ lệ gặp hạch lành tính lại cao hơn ác tính ở tất cả các nhóm hạch.

Bảng 3. Phân bố đặc điểm tính chất hạch trên siêu âm (N=216)

MBH hạch / Nhóm hạch		Lành tính		Ác tính	
		n_1 = 138	**%**	**n_2 = 78**	**%**
Độ hồi âm	Hỗn hợp âm	0	0,0	11	14,1
Kích thước	> 8mm	2	1,4	1	1,3
Tỉ lệ L/S	<2	90	65,2	66	86,4
Dày vỏ hạch không đều	có	2	,4	2	2,6
Hình dạng	Tròn	8	5,8	12	15,4
Bờ	Không đều	33	23,9	32	41,1
Rốn hạch	Không	118	85,5	75	96,2
Hoại tử hạch	Có	0	0	3	3,8
Vôi hóa	Vi vôi hóa	6	4,3	21	26,9
Kiểu tưới máu	Hỗn hợp	137	99,3	74	94,9

Các đặc điểm cấu trúc âm hỗn hợp âm, bờ không đều, vi vôi hóa chiếm tỷ lệ trong nhóm hạch ác tính cao hơn hẳn so với nhóm hạch lành tính (14,1% so với 0,0%, 41,1% so với 23,9%, 26,9% so với 4,3%).

Bảng 4. Phân bố đặc điểm tính chất hạch trên cắt lớp vi tính (N=60)

MBH hạch / Nhóm hạch		Lành tính		Ác tính	
		n_1 = 41	**%**	**n_2 = 19**	**%**
Tỉ lệ L/S	<2	33	80,5	19	100,0
Tỷ trọng	Không đồng nhất	5	12,2	2	10,5
Ngấm thuốc	Mạnh	2	4,9	11	57,9
Vôi hóa	Có	0	0,0	0	0,0

Hạch ác tính có tính chất tỷ lệ trục dài/ngắn <2 là 100,0%, không có hạch nào có tính chất tỷ lệ trục dài/ngắn >2. Về tính chất tỷ trọng hạch thì hầu như các hạch đều ngấm thuốc đồng nhất, ở cả hai nhóm lành tính và ác tính (87,8% và 89,5%).Tính chất ngấm thuốc đối quang, tỷ lệ hạch ngấm thuốc mạnh ở nhóm ác tính cao hơn hẳn nhóm lành tính (57,9% so với 4,9%).

3.3. Giá trị của siêu âm và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch vùng cổ

Bảng 5. Giá trị của siêu âm trong đánh giá đặc điểm hạch vùng cổ

Dấu hiệu siêu âm	Se (%)	Sp (%)	Acc(%)	PPV (%)	NPV (%)
Hỗn hợp âm	16.7	96,4	67,6	72,2	67,2
Kích thước>8mm	1,3	98,6	63,4	33,3	63,8
Tỉ lệ L/S<2	84,6	34,8	52,8	42,3	80,0
Dày vỏ hạch không đều	2,6	98,6	63,9	50,0	64,2
Hình dạng tròn	15,4	94,2	65,7	60,0	66,3
Bờ không đều	41,0	76,1	63,4	49,2	69,5
Không có rốn hạch	96,2	14,5	44,0	38,9	87,0
Hoại tử	3,8	100,0	65,3	100,0	64,8
Vi vôi hóa	26,9	95,7	70,8	77,8	69,8
Kiểu tưới máu hỗn hợp	5,1	100,0	65,7	100,0	65,1

Trong các đặc điểm siêu âm của hạch di căn vùng cổ trong UTTG thì đặc điểm tỷ lệ trục dài/trục ngắn <2 và không có rốn hạch có độ nhạy cao (cao nhất là 96,2%) nhưng độ đặc hiệu khá thấp. Ngược lại, các tính chất độ hồi âm hỗn hợp, ĐK trục ngắn >8mm, dày vỏ hạch không đều, hình dạng tròn, hoại tử, vi vôi hóa và kiểu tưới máu hỗn hợp có độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu cao (cao nhất là 100%). Các dấu hiệu tính chất hạch trên siêu âm như hỗn hợp âm, có hoại tử hoặc vi vôi hóa bên trong, kiểu tưới máu hỗn hợp có gợi ý cao hạch ác tính (độ chẩn đoán chính xác trên 65,0%)

Bảng 6. Giá trị của CLVT trong đánh giá đặc điểm hạch vùng cổ

Dấu hiệu CLVT	Se (%)	Sp (%)	Acc (%)	PPV (%)	NPV (%)
Tỉ lệ L/S <2	100,0	19,5	45,0	36,5	100,0
Tỷ trọng không đồng nhất	10,5	87,8	63,3	28,6	67,9
Ngấm thuốc mạnh	57,9	95,1	83,3	84,6	83,0
Vôi hóa	0,0	100,0	68,3	0,0	68,3

Trong các dấu hiệu trên cắt lớp vi tính gợi ý tính chất hạch ác tính thì chỉ có tính chất ngấm thuốc mạnh là có cả độ nhạy và độ đặc hiệu đều cao (57,9% và 95,1%), độ chẩn đoán chính xác và độ dự báo dương cũng cao nhất (83,3% và 84,6%). Các dấu hiệu còn lại thì nếu có độ đặc hiệu cao thì độ nhạy thấp và ngược lại.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao gấp 8 lần nam. Hầu hết các nghiên cứu đều có tỷ lệ di căn hạch cổ trong UTBMTG ở nữ cao hơn nam như nghiên cứu của tác giả Davit Kocharyan và nghiên cứu của tác giả Giovani Conzo cùng cộng sự với kết quả tỷ lệ nữ/nam ~ 3/1 [3], [4]. Tuổi trung bình là 49 tuổi, cao nhất 74 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi. Kết quả này cũng tương tự như kết quả các nghiên cứu khác.

Về phân bố nhóm hạch trên siêu âm theo kết quả mô bệnh học Hạch di căn trong ung thư biểu mô tuyến giáp chủ yếu thuộc nhóm hạch trung tâm (nhóm VI) với tỷ lệ là 47,4%, tiếp theo là nhóm hạch cổ bên (nhóm IV và nhóm III) với tỷ lệ lần lượt là 30,8% và 15,4%. Kết quả của chúng tôi ngược lại với kết quả nghiên cứu của tác giả Hengquiang Zhao, tỷ lệ di căn nhóm hạch cổ bên cao hơn nhóm hạch trung tâm (46,6% so với 36,2%) [5]. Nguyên nhân có sự khác biệt này có thể là do một số hạch thuộc nhóm trung tâm có kích thước quá nhỏ và vị trí nằm sâu phía dưới hõm ức (nhóm VII) nên hạn chế đánh giá trên siêu âm.

Về phân bố nhóm hạch trên CLVT theo kết quả mô bệnh học cũng tương tự như trên siêu âm, tỷ lệ gặp hạch ác tính ở nhóm số VI cao nhất (52,6%), tiếp theo là nhóm số IV (26,3%). Tác giả Dae Kwon Na và cộng sự sử dụng CLVT để đánh giá hạch di căn vùng cổ trên 176 BN mắc UTTG thể nhú thì có 81 bệnh nhân có di căn hạch ở nhóm hạch trung tâm, và 14 di căn ở nhóm cổ bên [3]. Tác giả Jian Chen tiến hành nghiên cứu trên 275 BN UTTG thể nhú, được đánh giá bằng siêu âm và CLVT trước mổ, và kết quả sau phẫu thuật chỉ ra rằng nhóm hạch số VII có tỷ lệ di căn khá cao, đặc biệt là từ các nhân ở 1/3 giữa và dưới TG.

Giá trị của siêu âm chẩn đoán hạch vùng cổ các dấu hiệu như tỷ lệ L/S < 2, hình dạng hạch tròn, bờ không đều, có vi vôi hóa trong hạch có độ nhạy và đặc hiệu cao hơn với các tính chất còn lại. Dấu hiệu hoại tử trong hạch có độ đặc hiệu lên tới 100,0%. Đây cũng là các dấu hiệu gợi ý cao hạch ác tính. Kết quả này có dấu hiệu hoại tử hạch và vi vôi hóa có độ nhạy thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Yu-Mee Sohn và cộng sự (3,8% so với 34,0%, 26,9% và 45,0%)[6]. Nguyên nhân là do trong nghiên cứu của chúng tôi, nhân ung thư có KT nhỏ, MBH có tỷ lệ vi ung thư cao, BN lại được phẫu thuật sớm nên hầu hết hạch di căn thường có kích thước nhỏ, hạn chế đánh giá các chi tiết cấu trúc hạch.

Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch vùng cổ trong các dấu hiệu trên cắt lớp vi tính gợi ý tính chất hạch ác tính thì chỉ có tính chất ngấm thuốc mạnh là có cả độ nhạy và độ đặc hiệu đều cao (57,9% và 95,1%), độ chẩn đoán chính xác và độ dự báo dương cũng cao nhất (83,3% và 84,6%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của tác giả Kyu Ri Son và cộng sự nghiên cứu trên 212 BN UTTG thể nhú, sử dụng CLVT để đánh giá hạch vùng cổ, dấu hiệu ngấm thuốc mạnh có Se (43,0%) Sp (96,0%), Acc (81,6%). Nghiên cứu này còn chỉ ra các dấu hiệu khác như ngấm thuốc không đồng nhất, hoại tử dịch, vôi hóa cũng có độ đặc hiệu cao, lần lượt là 96,0%, 99,0%, 99,0% [7]. Như vậy, so với siêu âm, ngoài các dấu hiệu như hoại tử hay có vôi hóa bên trong, thì dấu hiệu ngấm thuốc cản quang mạnh là một dấu hiệu có gợi ý rất cao là hạch ác tính.

V. KẾT LUẬN

Di căn hạch vùng cổ từ UTBMTG đánh giá trên siêu âm và CLVT thường gặp ở nhóm cổ trung tâm, chủ yếu nhóm VI, tiếp theo là nhóm hạch cổ bên (IV và III). Các dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm là hình dạng hạch tròn, bờ không đều, hoại tử hạch

và vi vôi hóa, trên CLVT là dấu hiệu ngấm thuốc đối quang mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liu C., et al (2019).** Risk factor analysis for predicting cervical lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma: a study of 966 patients. BMC Cancer, 2019. **19**(622): p. 1-10.
2. **Haugen B.R., et al (2016).** American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. American Thyroid Association, 2016. **26**(1): p. 1-133.
3. **Kocharyan D., et al (2016).** The relevance of preoperative ultrasound cervical mapping in patients with thyroid cancer. Can J Surg, 2016. **59 (2)**: p. 113–117.
4. **Conzo G., Pasquali d and Mauriello C (2013).** Predictive value of nodal metastases on local recurrence in the management of differentiated thyroid cancer. Retrospective clinical study. BMC Surg, 2013. **13(Suppl 2)**.
5. **Zhao, H. and H. Li (2019).** Meta-analysis of ultrasound for cervical lymph nodes in papillary thyroid cancer: Diagnosis of central and lateral compartment nodal metastases. European Journal of Radiology, 2019. **112**: p. 14-21.
6. **Sohn, YM., wak JY, and E., Kim EK,** Diagnostic Approach for Evaluation of Lymph Node Metastasis From Thyroid Cancer Using Ultrasound and Fine-Needle Aspiration BiopsyRead. American Journal of Roentgenology, 2010. **194**: p. 38-43.
7. **Kyu Ri Son, and Dong Gyu Na (2009).** Diagnostic Value of CT for the Detection of Cervical Lymph Node Metastases in Papillary Thyroid Carcinoma. J Korean Soc Radiol, 2009. **60**: p. 383-389.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP NGHỊCH LÝ Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN

Phan Thế Dũng*, Phan Thế Thành*, Nguyễn Sỹ Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nghịch lý và mô tả mối liên quan của THA nghịch lý với các yếu tố nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bệnh thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thay thế thận bằng thận nhân tạo chu kỳ. Được hỏi bệnh, khám lâm sàng, đo huyết áp, cân nặng, làm các xét nghiệm trước lọc máu, theo dõi trong ca lọc, từ đó xác định tỷ lệ tăng huyết áp nghịch lý, tìm hiểu một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình 50,7 ± 14,6, tỉ lệ nam/nữ: 1,7.Tỉ lệ bệnh nhân THA nghịch lý là 21,67 %. Tình trạng THA nghịch lý có liên quan với tuổi, tình trạng thừa dịch, sử dụng thuốc huyết áp, thời điểm uống thuốc huyết áp. Không có mối liên quan giữa IDH với giới, thông số lọc máu, chỉ số cận lâm sàng. **Kết luận:** Tăng huyết áp nghịch lý là một biến chứng thường gặp trong lọc máu, chiếm tỷ lệ cao. Theo dõi huyết áp trong và sau ca lọc máu là quan trọng.

Từ khóa: Tăng huyết áp nghịch lý, bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

SUMMARY

INVESTIGATION OF INTRADIALYTIC HYPERTENSION IN HEMODIALYSIS AT NGHE AN HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY.

Objective: To determine the incidence of patients with IDH (INTRADIALYTIC HYPERTENSION) and describe the association of IDH with risk factors. **Subjects and methods**: A cross-sectional descriptive study included of patients diagnosed with end-stage chronic kidney disease receiving renal replacement with hemodialysis. Patients were asked questions, made physical examination, checked blood pressure, weight, performed pre-dialysis tests, followed up on dialysis cases, thereby determining IDH rates, and identify risk factors. **Results**: Average age 50,7 ± 14,6, ratio male / female: 1,7. The rate of patients with IDH is 21,67%. IDH is related to age, excess fluid status, use of blood pressure medications, and time of taking blood pressure medications. There was no relationship between IDH and sex, dialysis index, and subclinical indicators. **Conclusion**: IDH is a common complication in dialysis, accounting for a high proportion. Checking blood pressure during and after dialysis is important.

Keywords: IDH, end stage chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối cần được điều trị thay thế chức năng thận trên thế giới rất lớn và không ngừng gia tăng. Tại Châu Âu, năm 1990 là 79,4 bệnh nhân chẩn đoán suy thận giai đoạn cuối trên 1 triệu dân và tăng 47% năm 1998 [1], tại Australia và

**Bệnh viện Nội tiết Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Thế Dũng
Email: drdungntna@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

New Zealand năm 2001 tỷ lệ ấy lần lượt là 92 và 107 trên 1 triệu dân [2]. Ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê cụ thể nhưng ước tính có khoảng gần 6 triệu người dân đang bị bệnh suy thận (chiếm 6,73% dân số), trong đó 80,000 người đã chuyển sang giai đoạn cuối.

Thận nhân tạo chu kỳ là một biện pháp lọc máu thay thế cho đa số bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, tuy nhiên phương pháp điều trị này có thể gây ra nhiều biến chứng trong quá trình lọc máu, trong đó biến chứng THA trong và ngay sau khi lọc máu còn ít được chú ý. Những nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng có khoảng 10 đến 15% bệnh nhân lọc thận nhân tạo chu kỳ có gia THA trong ca lọc [3] [4], đây là THA nghịch lý vì nó xảy ra trong quá trình siêu lọc. Ở Nghệ An vẫn chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để tìm hiểu về vấn đề này, vì vậy việc đánh giá biến chứng THA trong ca lọc máu chưa đầy đủ, cũng như chưa có khuyến cáo điều trị cụ thể nào cho những trường hợp này. Bởi vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nghịch lý và mô tả mối liên quan của THA nghịch lý với các yếu tố nguy cơ*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bệnh thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thay thế thận bằng thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh Viện Nội Tiết Nghệ An.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân suy thận cấp, có các bệnh lý cấp tính, rối loạn tâm thần tại thời điểm nghiên cứu.

- Bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tham gia hết thời gian nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3/2020 – tháng 9/2020 tại đơn vị thận nhân tạo khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh Viện Nội tiết Nghệ an.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại từ.

Phương pháp thực hiện: các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, đo huyết áp, cân nặng, làm các xét nghiệm trước lọc máu, theo dõi trong ca lọc, từ đó xác định tỷ lệ IDH, mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, tìm hiểu các yếu tố của IDH.

Tiêu chuẩn chẩn đoán THA nghịch lý:

-THA nghịch lý: Huyết áp trung bình tăng ≥15mmHg trong ca lọc máu hoặc ngay sau khi kết thúc lọc máu so với huyết áp ngay trước khi bắt đầu lọc.

- Bệnh nhân THA trong ca lọc máu:

- Bệnh nhân có ít nhất 3 ca lọc liên tiếp được xác định THA trong ca lọc máu.

2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của bệnh nhân lọc thận nhân tạo trong nghiên cứu là 50,75 ± 14,61 tuổi, tuổi ít nhất là 20 tuổi và nhiều nhất là 78 tuổi. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chỉ chiếm tỷ lệ thấp (28,3%), chủ yếu là bệnh nhân ở độ tuổi trẻ, bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 63,3% cao rõ rệt so với nữ. BMI trung bình

của nhóm nghiên cứu là 20,33 ± 2,81 kg/m2, nhóm BMI trung bình chiếm tỉ lệ cao 60%. Bệnh nhân suy thận do viêm cầu thận mạn chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,7%, đái tháo đường 30%, không rõ nguyên nhân và các nguyên nhân khác chiếm 21,7%. Bệnh nhân lọc máu dưới 1 năm chiếm tỉ lệ cao nhất với 45 %, bệnh nhân mới lọc máu trên 4 năm chỉ có 5%. Thời gian lọc máu trung bình là 20,2 ± 13,3 tháng, thấp nhất là 1 tháng và cao nhất là 60 tháng. Bệnh nhân không mắc viêm gan chiếm tỉ lệ cao 58,3%.

3.2. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết nghịch lý

Bảng 1. Tỉ lệ bệnh nhân THA nghịch lý

Tình trạng HA	n	Tỉ lệ %
Không IDH	47	78,3
IDH	13	21,7
Tổng	**60**	**100**

Bệnh nhân có THA nghịch lý là 13 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 21,7%.

3.3. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến IDH

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với tình trạng THA nghịch lý. Tuổi trung bình của nhóm IDH là 60,38 ± 8,23 cao hơn nhóm không có IDH.

Mối liên quan giữa IDH và thời gian lọc máu

Bảng 2. Mối liên quan giữa IDH và thời gian lọc máu

Thời gian lọc TNT (tháng)	Bệnh nhân không có IDH	Bệnh nhân có IDH
$\overline{X} \pm SD$	21,3 ± 13,4	16,46 ± 12,56
p	> 0.05	

Nhóm bệnh nhân không có IDH có thời gian lọc máu TB cao hơn nhóm có IDH..

Mối liên quan giữa IDH và thông số lọc máu

Bảng 3. Mối liên quan giữa IDH và thông số lọc máu

Thông số lọc máu		Bệnh nhân không có IDH	Bệnh nhân có IDH	
Tốc độ siêu lọc	$\overline{X}$ ± SD	604,14 ± 174,73	602,29 ± 233,109	> 0.05
Lưu lượng máu (ml/phút)		246,76 ± 30,49	241,41 ± 27,278	>0,05

Các thông số lọc máu không có ảnh hưởng đến tình trạng THA nghịch lý.

Mối liên quan giữa IDH với tình trạng thừa dịch

Bảng 4. Mối liên quan giữa IDH với tình trạng thừa dịch

Tình trạng thừa dịch	Không IDH		IDH		Tổng	p
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %		
Phù nhẹ	2	40	3	60	5	< 0,05
Không phù	45	81,8	10	28,2	55	
Chênh lệch giữa cân sau lọc với cân khô (kg) ($\overline{X}$ ± SD)	0,114 ± 0,118		0,654 ± 0,202			< 0,05

Trong nghiên cứu chúng tôi nhóm bệnh nhân IDH có tình trạng phù nhiều hơn và chênh lệch giữa cân sau lọc và cân khô cao hơn nhóm không IDH, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Mối liên quan giữa IDH và siêu âm tim

Bảng 5. Mối liên quan giữa IDH và siêu âm tim

Chỉ số	Bệnh nhân không IDH (%)	Bệnh nhân IDH (%)	p
EF giảm	23,1	21.7	> 0,05
Tăng ALĐMP	23,1	27,7	> 0,05
Dày thành thất trái	44,7	76,9	< 0,05

Tỉ lệ bệnh nhân hình ảnh siêu âm Doppler tim có hình ảnh dày thất trái ở nhóm bệnh nhân IDH cao hơn rõ rệt với bệnh nhân không IDH, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Mối liên quan giữa uống thuốc hạ huyết áp ngay trước ca lọc TNT và tình trạng THA nghịch lý

Bảng 6. Mối liên quan giữa uống thuốc hạ huyết áp ngay trước ca lọc TNT và tình trạng THA nghịch lý

Uống thuốc HA	Ca lọc có IDH	Ca lọc không có IDH	p
Uống ngay trước ca lọc	3 (12 %)	22 (88 %)	< 0,05
Không uống ngay trước ca lọc	10 (28,6 %)	25 (71,4 %)	

Bệnh nhân uống thuốc hạ huyết áp ngay trước ca lọc ít bị THA trong ca thận nhân tạo hơn bệnh nhân không uống (p<0,01).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi, giới, nguyên nhân suy thận: Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nam/nữ tương đương nghiên cứu của Bùi Thanh Tùng năm 2013 [7] nghiên cứu trên 154 BN tại bệnh viên ĐHY Hà Nội thấy tỉ lệ nam /nữ là 55,19% / 44,81%. Tuổi trung bình của bệnh nhân lọc máu thận nhân tạo chu kỳ là 50,75 ± 14,61. Trong nghiên cứu, nguyên nhân gây suy thận mạn giai đoạn cuối chủ yếu là do viêm cầu thận mạn (41,7 %).

Tỉ lệ bệnh nhân IDH: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 21,67 % ca lọc có IDH. Inrig JK và cộng sự [4] báo cáo có đến 15% bệnh nhân lọc thận nhân tạo có IDH.

Mối liên quan giữa THA trong ca lọc máu với giới và tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 giới nam với nữ và tình trạng IDH. Về tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của bệnh nhân IDH cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tuổi của bệnh nhân không có IDH. Nghiên cứu của JK Inrig và cộng sự vào năm 2007 [6] cho thấy tuổi của bệnh nhân IDH cao hơn nhóm không có IDH một cách có ý nghĩa thống kê, nhưng trong một nghiên cứu khác của Jula K. Inrig và cộng sự năm 2009 [5] lại cho thấy không có sự liên quan này. Như vậy sự liên quan giữa IDH và tuổi chưa thật sự chắc chắn.

Mối liên quan giữa IDH và thời gian lọc máu TNTCK: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian lọc máu trung bình ở nhóm IDH cao hơn nhóm không có IDH, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Mối liên quan giữa IDH với tình trạng thừa dịch: Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy, tình trạng thừa dịch ở bệnh nhân THA trong lọc máu cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm không THA trong lọc. Và bệnh nhân chênh lệch cân nặng sau lọc máu so với cân khô ở nhóm IDH cao hơn nhóm không có IDH. Điều đó chứng minh, cần thiết rút

dịch về cân khô của bệnh nhân để cải thiện tình trạng này.

Mối liên quan giữa IDH với thông số trong lọc máu: Lưu lượng máu và tốc độ siêu lọc trong ca lọc thận nhân tạo không thấy có sự liên quan với IDH, kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới [4] [5], chưa có báo cáo nào trên thế giới về mối liên quan này.

Mối liên quan giữa siêu âm tim với IDH: Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy, không có sự khác biệt giữa phân suất tống máu và áp lực động mạch phổi trên siêu âm Doppler tim với IDH. Tuy nhiên ở bệnh nhân có IDH tỉ lệ bệnh nhân có dày thất trái cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không IDH với $p < 0,05$. Ở nhóm bệnh nhân chúng tôi, thời gian lọc máu bệnh nhân lọc máu còn ngắn hơn so với nhiều nghiên cứu khác, nên biến chứng lên tim mạch đối với nhóm bệnh nhân trên là chưa thật sự thể hiện nhiều.

Mối liên quan giữa uống thuốc hạ huyết áp ngay trước ca lọc TNT và tình trạng THA nghịch lý: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân được uống 1 liều thuốc hạ huyết áp ngay trước ca lọc thận nhân tạo làm giảm rõ rệt tình trạng THA trong ca lọc ở những bệnh nhân này. Trong một số nghiên cứu mà chúng tôi được biết của các tác giả khác không thấy đề cập đến vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Tăng huyết áp nghịch lý là biến chứng nguy hiểm trong lọc máu, chiếm tỉ lệ cao. Tăng huyết áp nghịch lý có liên quan đến tuổi, tình trạng thừa dịch, uống thuốc huyết áp và thời điểm uống thuốc huyết áp. Tuy nhiên không có mối liên quan đến giới, thông số cài đặt trong lọc máu, các chỉ số cận lâm sàng. Theo dõi huyết áp trong và sau lọc máu có ý nghĩa rất lớn để phòng tránh biến chứng tăng huyết áp nghịch lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Stengel, S. Billon, P. C. Van Dijk và cộng sự (2003).** Trends in the incidence of renal replacement therapy for end-stage renal disease in Europe, 1990-1999. Nephrol Dial Transplant, 18(9), 1824-1833.
2. **McDonald SP1, Russ GR, Kerr PG và cộng sự (2002).** ESRD in Australia and New Zealand at the end of the millennium: a report from the ANZDATA registry. Am J Kidney Dis, 40, 1122-1131.
3. **J. K. Inrig (2010),** Intradialytic hypertension: a less-recognized cardiovascular complication of hemodialysis, Am J Kidney Dis, 55(3), 580-9.
4. **J. K. Inrig, U. D. Patel, R. D. Toto và cộng sự (2009),** Association of blood pressure increases during hemodialysis with 2-year mortality in incident hemodialysis patients: a secondary analysis of the Dialysis Morbidity and Mortality Wave 2 Study, Am J Kidney Dis, 54(5), 881-90.
5. **J. K. Inrig, E. Z. Oddone, V. Hasselblad và cộng sự (2007),** Association of intradialytic blood pressure changes with hospitalization and mortality rates in prevalent ESRD patients, Kidney Int, 71(5), 454-61.
6. **P. K. Whelton, R. M. Carey, W. S. Aronow** và cộng sự (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol, 71(19), e127-e248.
7. **Bùi Thanh Tùng (2013),** Khảo sát tỉ lệ, mức độ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện đại học YHà Nội.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM POOLED COHORT EQUATION TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN

Nguyễn Thanh Bình*, Lê Thị Giang*, Nguyễn Văn Khánh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm theo công thức tính Pooled cohort equation trên bệnh nhân đái tháo đường và mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với thang điểm Pooled cohort equation. **Đối tượng và phương pháp**: 320 bệnh nhân (ĐTĐ) đái tháo đường trong độ tuổi từ 40 - 79 được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nội tiết nghệ An với thời gian từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả**: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất (41,88%), nguy cơ cao là 37,19 . Tỷ lệ bệnh nhân có điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm (theo thang điểm) >10% chiếm tỷ lệ cao nhất (41,88%), bệnh nhân có điểm ước tính nguy cơ tim mạch từ 7,5 đến 10%: 37,19%. Có sự liên quan giữa nguy cơ tim mạch 10 năm (ước tính theo thang điểm pooled- cohort) với các yếu tố: giới tính, tuổi, số năm bị đái tháo đường, tình trạng tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tình trạng hút thuốc lá, nghiên cứu chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có BMI bình thương với nhóm thừa cân, béo phì. **Kết luận**: Bệnh nhân đái tháo đường có điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm pooled-cohort equation trên 10 và trên 7,5 chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa nguy cơ tim mạch 10 năm với các yếu tố: giới tính, tuổi, số năm bị đái tháo đường, tình trạng tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tình trạng hút thuốc lá.

Từ khóa: thang điểm pooled- cohort equation, nguy cơ tim mạch 10 năm.

**Bệnh viện Nội tiết Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Giang
Email: Bsgiangbvnt@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

10 YEARS OF CARDIOVASCULAR RISK BY POOLED COHORT EQUATION SCORES IN DIABETES PATIENTS AT NGHE AN HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: 10-year cardiovascular risk ratio according to the Pooled cohort equation formula for diabetic patients at Nghe An Endocrine Hospital. Relationship between some risk factors with the Pooled cohort equation. **Objects and methods:** 320 diabetic patients between the ages of 40 and 79 are diagnosed and treated at Nghe An endocrine hospital from March 2020 to October 2020. **Results:** Research Our study showed that the proportion of patients with very high risk accounted for the highest proportion (41.88%), the

high risk was 37.19%. The proportion of patients with 10-year estimated cardiovascular risk score (on a scale)> 10% had the highest proportion (41.88%), patients with an estimated cardiovascular risk score of 7.5 to 10 %: 37.19%. There was a correlation between 10-year cardiovascular risk (estimated on a pooled-cohort scale) and factors: gender, age, number of years of diabetes, hypertension, dyslipidemia, and

smoking status, the study found no statistically significant differences between the group with normal BMI and the overweight and obese group. **Conclusion:** Diabetic patients with a pooled-cohort equation above 10 and above 7.5 score high cardiovascular risk estimates for 10 years. Research shows that there is a relationship between 10-year cardiovascular risk with factors: sex, age, number of years of diabetes, hypertension, dyslipidemia, smoking status.

Keywords: pooled-cohort equation, cardiovascular risk 10 years.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, ĐTĐ đang là vấn đề sức khoẻ toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng ở các nước phát triển và đang phát triển. Khoảng 70 % tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ là do biến chứng mạch máu lớn [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ mà không có bệnh lý tim mạch trước đó thì nguy cơ tương đương với bệnh nhân đã có bệnh lý tim mạch mà không ĐTĐ [2]. Bệnh nhân ĐTĐ thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch gấp 2-4 lần so với bệnh nhân không ĐTĐ [3],[4] Trên thế giới đã hình thành rất nhiều thang điểm đánh giá nguy cơ tim mạch . Công thức Pool Cohort Equation có ưu điểm là tính cả nguy cơ đột quỵ, đồng thời tính toán nguy cơ được hiệu chỉnh theo giới tính và chủng tộc. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu: Đánh gái tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm theo công thức tính Pooled cohort equation trên bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viên Nội Tiết Nghệ An. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với thang điểm Pooled cohort equation.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 320 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường trong độ tuổi 40- 79 được điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An từ tháng 03/2020 đến tháng 09/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không bị ĐTĐ Có bệnh tim mạch: bệnh cơ tim, bệnh van tim hoặc đã được chẩn đoán BMV trước đó. Bệnh nhân nhồi máu cơ tim, Tiền sử hoặc hiện tại có tai biến mạch não. Bệnh nhân có bệnh nặng kèm theo: nhiễm trùng nặng, tăng áp lực thẩm thấu.

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

2.3. Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, huyết áp tâm thu, cholestetol, HDL, tiền sử tiểu đường, hút thuốc lá. ..

2.4. Cách tính điểm : Nhập các chỉ số này vào bảng tính điện tử Pool- cohort ta thu được điểm nguy cơ tim mạch 10 năm của đối tượng. Điểm nguy cơ tim mach 10 năm của đối tượng là a% có nghĩa là xác suất xảy ra biến cố tim mạch trong 10 năm của đối tượng này là a%.

-Bảng tính điện tử sử dụng: https://clincalc.com/Cardiology/ASCVD/PooledCohort.aspx

- Phân tầng nguy cơ thành 3 nhóm: Nhóm nguy cơ thấp <7,5%; nhóm nguy cơ cao > 7.5 %; nhóm nguy cơ rất cao >10 %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Trong số 320 bệnh nhân, nam chiếm tỷ lệ 52.18%, nữ chiếm 47.82%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59.5 ± 6. Thời gian chẩn đoán bệnh ĐTĐ từ 5-10 năm

chiếm tỷ lệ cao nhất (55,63%). Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân bị béo phì chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 38,75%. Bệnh nhân có tăng cholesterol máu cao chiếm (60,93%). Tỷ lệ có HDL giảm là 41,88%. Bệnh nhân có hút thuốc lá là 20,07%. số bệnh nhân hút thuốc lá 100% là nam giới.

3.2. Đánh giá điểm nguy cơ tim mạch 10 năm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm Pool- cohort

	Số lượng	**Tỷ lệ**
Thấp	67	20,93
Cao	119	37,19
Rất cao	134	41.88
Tổng	**320**	**100**

Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất (41,88%), nguy cơ cao là 37,19 %.

3.3. Mối liên quan yếu tố nguy cơ với thang điểm Pooled cohort equation

Bảng 2. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo giới

Nguy cơ tim mạch10 năm	**Giới tính**			
	Nam		**Nữ**	
	n	**Tỉ lệ %**	**n**	**Tỉ lệ %**
Thấp	15	8,89	52	33,91
Cao	78	46,81	41	25,89
Rất cao	74	44,30	60	39,20
P	< 0,05			

Tỷ lệ nam giới có nguy cơ tim mạch 10 năm cao và rất cao lớn hơn ở nữ giới

Bảng 3. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo nhóm tuổi

Nguy cơ tim mạch10 năm	**Nhóm tuổi**					
	40-49		**50-59**		**≥ 60**	
	n	**Tỉ lệ %**	**n**	**Tỉ lệ %**	**n**	**Tỉ lệ %**
Thấp	32	40.0	21	15,91	14	12,90
Cao	22	27,51	47	35,01	50	46,39
Rất cao	26	32,49	64	48,48	44	40,61
p	< 0,05					

Tỷ lệ điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm tăng dần theo tuổi.

Bảng 4. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo năm bị ĐTĐ

Nguy cơ tim mạch10 năm	**Số năm bị ĐTĐ**					
	<5 năm		5-10 năm		>10 năm	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
Thấp	27	60,01	32	17,92	8	8,19
Cao	11	24,42	68	38,31	40	41,21
Rất cao	7	15,57	78	43,77	49	50,60

P	< 0,05

Số năm bị đái tháo đường càng cao thì điểm ước tính nguy cơ tim mạch càng cao

Bảng 5. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo tình trạng huyết áp

Nguy cơ tim mạch10 năm	**Tăng huyết áp**			
	Có		**Không**	
	n	**Tỉ lệ %**	**n**	**Tỉ lệ %**
Thấp	22	17,71	45	22,91
Cao	30	24,21	89	45,41
Rất cao	72	58,08	62	31,68
p	< 0,05			

Có sự khác nhau về điểm nguy có tim mạch 10 năm ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp với nhóm không tăng huyết áp,

Bảng 6. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo mức cholesterol

Nguy cơ tim mạch10 năm	**Mức cholesterol**			
	Bình thường		**Tăng**	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
Thấp	51	40,80	16	8,21
Cao	42	33,60	77	39,48
Rất cao	32	22,60	102	76,11
p	< 0,05			

Nhóm bệnh nhân tăng cholesterol có tỷ lệ điểm ước tính nguy cơ tim mạch cao hơn nhóm có cholesterol bình thường,

Bảng 7. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo BMI

Nguy cơ tim mạch 10 năm	**BMI**							
	Gầy		**Bình thường**		**Tiền béo phì**		**Béo phì**	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Thấp	29	30,28	25	16,23	7	19,44	6	17,64
Cao	40	41,66	51	33,11	14	38,88	14	41,17
Rất cao	27	28,13	78	50,64	15	41,66	14	41,17
p	> 0,05							

Sự khác biệt về điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm ở các nhóm đối tượng có thể trạng gầy, bình thường hay thừa cân béo phì chưa có ý nghĩa thống

Bảng 8. Nguy cơ tim mạch 10 năm theo tình trạng hút thuốc lá

Nguy cơ tim mạch10 năm	**Hút thuốc lá**			
	Không		**Có**	
	n	**Tỉ lệ %**	**n**	**Tỉ lệ %**

Thấp	57	25,11	10	10,75
Cao	80	35,24	39	41,93
Rất cao	90	39,64	44	47,31
p	< 0,0 5			

Nhóm bệnh nhân hút thuốc có điểm ước tính nguy cơ tim mạch cao hơn nhiều so với nhóm không hút thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm ước tính nguy cơ tim mạch >10% cao nhất ở nhóm có hút thuốc (47,31%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P<0,05

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Tỷ lệ nam giới chiếm cao hơn. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,5 ± 6. Nhóm tuổi từ 50 đến 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,25%). Nhóm nghiên cứu có tuổi khá cao góp phần ủng hộ sử dụng thang điểm pooled corhort để ước tính nguy cơ tim mạch. Nhóm bệnh nhân có thời gian chẩn đoán bệnh ĐTĐ từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (55,63%). Nhóm bệnh nhân bị ĐTĐ dưới 5 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,05%).

4.2. Tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm Pool- cohort

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất (41,88%), nguy cơ cao là 37,19%. Mức trên 7,5% là tương đương với điểm cắt 10% của thang điểm Framingham. Tạ Xuân Trường nghiên cứu ở nhóm THA cho kết qủa nhóm có điểm nguy cơ tim mạch cao và rất cao là 88,5% [5].

4.3. Mối liên quan giữa điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm pooled- cohort equation với 1 số yếu tố

- Liên quan với Giới tính: Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ nam giới có nguy cơ tim mạch 10 năm cao và rất cao chiếm tỷ lệ lớn hơn ở nữ giới (46,81% so với 25, 89%; 44,30% so với 39,20%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuy nhiên lại khác với 1 số nghiên cứu khác như trong một phân tích tổng hợp của 37 nghiên cứu tiến cứu năm 2006 cho thấy nguy cơ tử vong vì BMV ở phụ nữ mắc bệnh tiểu đường cao hơn 50% so với nam giới cùng mắc bệnh này.

- Liên quan với tuổi: Tuổi là một yếu tố nguy cơ không thể thay đổi. Chúng ta biết rằng quá trình lão hóa tăng dần theo tuổi. Sự lão hóa xảy ra trên tất cả hệ cơ quan trong đó có hệ thống tim mạch. Mạch máu sẽ trở nên dày, cứng, giảm khả năng đàn hồi. Cùng với đó, tuổi càng cao, khả năng co bóp và phân suất tống máu của tim giảm đồng thời khả năng điều hòa nhịp tim, đáp ứng với kích thích của hệ adrenergic cũng bị suy yếu. Đây là các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch như: xơ vữa mạch, tăng huyết áp, rung nhĩ, đột quỵ. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm cao và rất cao tăng dần theo tuổi. Sự khác biệt điểm pooled - cohort equation giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Liên quan với số năm bị đái tháo đường: Kết qủa nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số năm bị đái tháo đường càng cao thì điểm ước tính nguy cơ tim mạch càng cao, nhóm bị đái tháo đường trên 10 năm có điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo pooled cohort >10% là 50,60%, chiếm tỷ lệ cao nhất. Số

năm bị bệnh đái tháo đường là một trong các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được

- Liên quan với tăng huyết áp: Tăng huyết áp nếu kiểm soát không tốt sẽ dẫn tới các biến chứng tim mạch nặng nề như bệnh mạch vành, đột quỵ, thậm chí tử vong. Kết qủa nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác nhau về điểm nguy có tim mạch 10 năm ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp với nhóm không tăng huyết áp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp thì điểm ước tính nguy cơ tim mạch >10 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,08%). Theo báo cáo tại JNC VII năm 2003, tăng huyết áp làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não lên gấp 4 lần và nguy cơ bị nhồi máu cơ tim lên gấp 2 lần và khi huyết áp tâm thu tăng 20mmHg và huyết áp tâm trương tăng 10mmHg thì nguy cơ tử vong vì BTM tăng gấp 2. Tuy nhiên yếu tố này ta có thể kiểm soát được, vì vậy chúng ta cần tập trung sàng lọc và điều trị tốt tăng huyết áp cho bệnh nhân.

- Liên quan với lipid máu: Rối loạn lipid máu là bệnh thường đi kèm với đái tháo đường. Đây là những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: nhóm bệnh nhân tăng cholesterol có tỷ lệ điểm ước tính nguy cơ tim mạch cao hơn nhóm có cholesterol bình thường, trong đó điểm ước tính nguy cơ tim mạch >10% ở nhóm tăng cholesterol là cao nhất (76,11%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05 kết quả này tương đương với các nghiên cứu đã công bố [6], [7]. ACC/AHA cũng đã khuyến cáo đực vào thang điểm pooled- cohort để xem xét khuyến cáo thực hành về liệu pháp hạ cholesterol nhằm phòng ngừa tiên phát và thứ phát các bệnh tim mạch do xơ vữa như bệnh động mạch vành, đột quỵ và bệnh động mạch ngoại vi, nhóm bệnh nhân hướng tới là có điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm này ≥ 7,5%. Kết quả và khuyến cáo này cho chúng ta thấy việc đánh giá lipid máu định kỳ ở bệnh nhân đái tháo đường là rất quan trọng.

- Liên quan với BMI: Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ trong nhiều bệnh trong đó có đái tháo đường do tăng đề kháng insulin. Với chế độ ăn và lối sống tĩnh tại như ngày nay nguy cơ thừa cân cao, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi số đối tượng thừa cân lại chiếm tỷ lệ không cao. Nghiên cứu cũng cho kết quả sự khác biệt về điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm pooled –cohort ở các nhóm đối tượng có thể trạng gầy, bình thường hay thừa cân béo phì chưa có ý nghĩa thống kê với P>0,05. Tuy nhiên việc kiểm soát cân nặng cũng rất quan trọng.

- Liên quan với hút thuốc lá: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân hút thuốc có điểm ước tính nguy cơ tim mạch cao hơn nhiều so với nhóm không hút thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm ước tính nguy cơ tim mạch >10% cao nhất ở nhóm có hút thuốc (47,31%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P<0,05. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh, thuốc lá làm tăng gấp đôi nguy cơ tử vong vì các bệnh lý tim mạch đặc biệt nhồi máu cơ tim và đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có điểm ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm (theo thang điểm) >10% chiếm tỷ lệ cao nhất (41,88%), bệnh nhân có điểm ước tính nguy cơ tim mạch từ 7,5 đến

10%: 37,19%. Có sự liên quan giữa nguy cơ tim mạch 10 năm (ước tính theo thang điểm pooled- cohort) với các yếu tố: giới tính, tuổi, số năm bị đái tháo đường, tình trạng tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tình trạng hút thuốc lá, nghiên cứu chua thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có BMI bình thương với nhóm thừa cân, béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mcewan P., Williams JE., Griffiths JD., Bagust A., et al.** Evaluating the performance of the Framingham risk equations in a population with diabetes. Diabetic Medicine. 2004, 21: p 318-323.
2. **Steven M.Haffner, Seppo Lehto,** Tapani Rönnema, et al. Mortality from Coronary Heart Disease in Subjects with Type 2 Diabetes and in Nondiabetic Subjects with and without Prior Myocardial Infarction. New England J of Med. 1998, 339((4): p 229-234.
3. **Deepa R, Arvind K. & Mohan V..** Diabetes and risk factors for coronary artery disease. Current science. 2002, 83(12): p 1947-1505.
4. **Guzder RN., Gatling W., Mullee MA & Byrne CD.** Impact of matebolic syndrome criteria on cardiovascular disease risk in people with newly diagnosed type 2 diabetes. Diabetologia. 2006, 49(1): p 49-55.
5. **Tạ Xuân Trường.** Phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm Pooled cohort equation ở bênh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại bệnh viện đa khoa nông nghiệp. Tạp chí y học Việt Nam. 2017, tr63-69.
6. **G.E.Gresham., T.E.Fitzpatrick, P.A.Wolf.** Residual disability in survivors of stroke--the Framingham study. N Engl J Med. 1975, 293(19), 954-956.
7. **Bloom DE.** The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum. 2011, 8, p.24

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN CHUÔI DÀI KHÔNG XI MĂNG Ở NGƯỜI GIÀ TRÊN 80 TUỔI GÃY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

Nguyễn Đức Vương*, Trần Văn Quân*, Trịnh Văn Thông, Phan Ngọc Khóa, Nguyễn Kim Nghĩa*, Hồ Văn Hưng*, Nguyễn Văn Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng ở người già trên 80 tuổi gãy LMCXĐ và nhận xét một số yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật, kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2019, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 35 bệnh nhân trên 80 tuổi gãy LMCXĐ type A2 (AO), bao gồm 13 bệnh nhân nghiên cứu tiến cứu và 22 bệnh nhân hồi cứu , được điều trị bằng phương pháp thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Thời gian theo dõi sau mổ từ 6 đến 12 tháng. **Kết quả**:Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 88,6 tuổi, thấp nhất là 80 tuổi, cao nhất là 96 tuổi; tỉ lệ nam/nữ là 1/6; 91.4% bệnh nhân gãy xương do chấn thương năng lượng thấp, 27/35 bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kèm theo. 100% bệnh nhân liền vết mổ tốt, 100% bệnh nhân không có biên chứng trong và sau mổ, không có bệnh nhân bị trật khớp háng, hay tổn thương mạch máu thần kinh. Dựa vào thang điểm Harris, theo dõi 13 bệnh nhân nhóm tiến cứu sau mổ 6 tháng cho thấy 84.6% đạt kết quả tốt và rất tốt. Theo dõi sau 12 tháng đối với 22 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu hồi cứu cho kết quả tốt và rất tốt đạt 91.9%. **Kết luận**: Phẫu thuật thay khớp háng bán phần lưỡng cực chuôi dài là một trong những lựa chọn tốt trong điều trị gãy LMCXĐ ở người già trên 80 tuổi, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh**.**

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển xương đùi.

SUMMARY

THE RESULT OF PARTIAL HIP REPLACEMENT FOR INTERTROCHANTERIC FRACTURE IN PATIENTS OVER 80 YEARS OLD

Objectives: Evaluating the result of partial hip replacement for intertrochanteric fracture in patients over 80 years old and related factors of surgery iundications, treatment results. **Subjectives and methods:** Between 01/2018 and 12/2019, 35 patients over 80 years old with ITF type A2 (AO) were included in our study, Including 13 patients were prospective study and 22 patients were retrospective study, treatment by hemiarthroplasty cementless long stem at Nghe An General hospital. Time for follow-up after surgery 6 – 12 months. **Results:** Mean age of studied subjects was 88.6, the lowest was 80, the highest was 96; ratio male/female was 1/6; 91.4% caused by a low-energy injury; 27/35 patients had chronic disease conditions. 100% of patients with good wound; 100% of patients hadn't complications during and after surgery, no

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vương
Email: dr.ducvuong@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

patients had hip dislocation, vascular or neurologic compromise. Based on Harris Hip Score, follow-up of 13 patients of prospective study group for at least 6 months, showed 84.6% patients achieved good and very good. Follow-up of 22 patients of retrospective study group for at least 12 months, showed that 91.9% achieved good and very good. **Conclusion:** Primary cementless bipolar long stem hemiarthroplasty is one of good choices in treatment unstable ITF in elderly patients, helped patients improve the quality of life.

Keywords: Intertrochanteric fracture, Cementless bipolar long stem, Osteoporotic**.**

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy LMCXĐ ở người già là một thương tổn lớn và nặng nề, điều trị khó khăn do tính chất ổ gãy phức tạp, chất lượng xương kém, kết hợp nhiều bệnh lý mạn tính toàn thân. Điều trị gãy LMCXĐ bằng phương pháp bảo tồn ngày nay ít được sử vì nó để lại nhiều biến chứng như viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, loét tì đè, biến chứng tim mạch, dẫn đến tử vong.

Tại khoa chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ đầu năm 2018 đã triển khai phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng ở người già trên 80 tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi. Qua thời gian điều trị, phẫu thuật và theo dõi bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng ở người già trên 80 tuổi gãy LMCXĐ và nhận xét một số yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật, kết quả điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 35 bệnh nhân trên 80 tuổi có chẩn đoán gãy kín liên mấu chuyển xương đùi, được phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng tại Bệnh viện hữu nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 01/2018 đến tháng 31/12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu kết hợp nghiên cứu hồi cứu và thống kê mô tả.

Đánh giá kết quả gần: dựa vào tình trạng lành vết thương, hình ảnh Xquang sau mổ, theo dõi các biến chứng sau mổ.

Đánh giá kết quả xa: Đánh giá kết quả xa sau 6 tháng và 12 tháng dựa vào tình trạng vết mổ, Xquang khớp háng, chức năng khớp háng theo thang điểm Harris

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dịch tễ

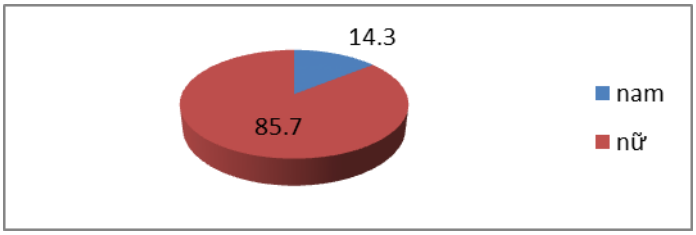
3.1.1 Tuổi

Bảng 3.1. Phân loại theo tuổi (n = 35)

Tuổi	n	%
80-85	11	31,4
86-90	9	25,7
91- 100	15	42,9
Tổng	**35**	**100**

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 88,6 tuổi; Thấp nhất là 80 tuổi; Cao nhất là 96 tuổi; Nhóm tuổi trên 90 chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,9 %;

3.1.2 Giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của bệnh nhân (n=35)

Tỷ lệ Nữ/Nam là: 6/1

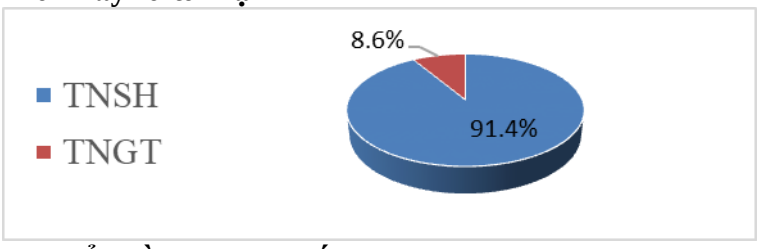
3.1.3 Bệnh kèm theo

Bảng 3.2. Các bệnh kèm theo (n = 35)

Bệnh kèm theo	n	%
Hô hấp	10	28,57
Tim mạch	15	42,86
ĐTĐ và Tim mạch	7	20
Rối loạn nội tiết	5	14,29
Thận - tiết niệu	2	5,71
Không	8	22,86

Đa số các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo, nhiều nhất là nhóm bệnh hô hấp và tim mạch.

3.1.4 Nguyên nhân xảy ra tai nạn



Biểu đồ 3.2. Phân bố nguyên nhân xảy ra tai nạn

Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt trượt ngã có 32/35 bệnh nhân (91,4 %).

3.2. Đặc điểm tổn thương

3.2.1. Phân loại gãy LMCXĐ theo AO

Bảng 3.3. Phân loại gãy LMCXĐ theo AO (n = 35)

Loại gãy		n	%
A2	1	4	11,4
	2	10	28,6
	3	21	60
Tổng		**35**	**100**

Tỷ lệ loại gãy A2.3 cao nhất là 21 / 35 bệnh nhân chiếm 60 %.

3.2.2 Mức độ loãng xương theo Singh

Bảng 3.4. Phân loại mức độ loãng xương theo Singh (n = 35)

Độ loãng xương	n	Tỷ lệ %
I	9	25,7
II	8	22,9
III	7	20
IV	11	31,4
V	0	0
VI	0	0
Tổng	**35**	**100**

Trong nghiên cứu, loãng xương theo Singh độ I, II chiếm 48.6%

3.2.3 Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.5. Thời gian phẫu thuật (n = 35)

Thời gian (Phút)	n	%
< 30	11	31,5
30-45	20	57,1
45-60	4	11,4
Tổng	**35**	**100**

Thời gian phẫu thuật trung bình cho các bệnh nhân trong nghiên cứu là 38.6 phút. Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật trong thời gian dưới 45 phút (chiếm 88.6%).

3.2.4 Thời gian nằm viện

Bảng 3.6. Thời gian nằm viện (n = 35)

Thời gian (ngày)	n	%
<10	1	2,9
10-15	19	54,3
>15	15	42,8
Tổng	**35**	**100**

Thời gian nằm viện trung bình là 15,42. Nhóm nằm viện 10-15 ngày có 19/35 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3 %.

3.3. Kết quả nghiên cứu sau mổ.

3.3.1 Kết quả gần

- Trong phẫu thuật: 100 % bệnh nhân không có biến chứng trong mổ.
- Lành vết thương: 100% bệnh nhân lành vết mổ kỳ đầu.
- Xquang sau mổ: không có bệnh nhân trật khớp sau mổ.

3.3.2 Kết quả xa

- Tình trạng vết mổ: 100% bệnh nhân liền sẹo tốt, không có viêm rò vết mổ
- Biến chứng: 100% không có biến chứng như trật khớp, gãy quanh chuôi, tổn thương thần kinh toạ tại thời điểm nghiên cứu.
- Chức năng khớp háng:

Bảng 3.7. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Harris trên 12 tháng sau mổ (nhóm hồi cứu) (n_1 = 22)

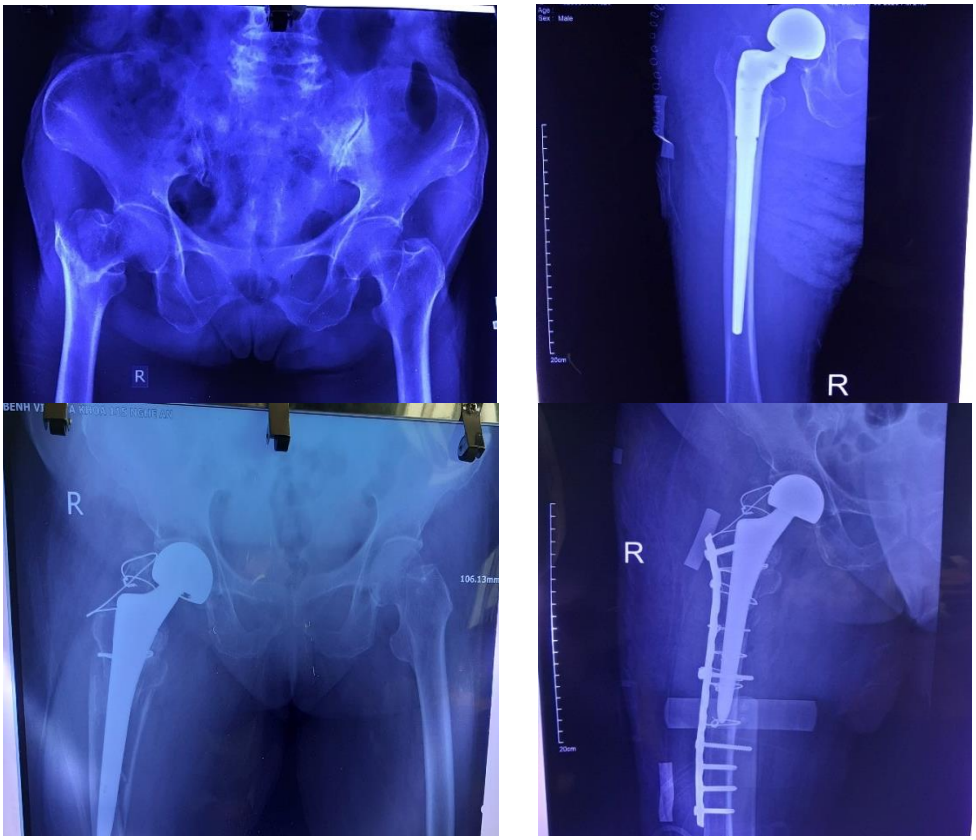
Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
n	14	6	2	0	22
%	63,6	27,3	9,1	0	100

Trong nhóm hồi cứu, đánh giá chức năng khớp háng tại thời điển trên 12 tháng sau mổ thấy có 91,9% bệnh nhân đạt tốt và rất tốt theo thang điểm Harris

Bảng 3.8. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Harris sau 6 tháng đối với nhóm tiến cứu (n_2 = 13)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
n	4	7	2	0	13
%	30,8	53,8	15,4	0	100

Trong nhóm tiến cứu, chức năng khớp háng sau 6 tháng đạt tốt và rất tốt chiếm 84,6%. Không có bệnh chân chức năng khớp háng ở mức kém tại thời điểm này.



Hình ảnh chụp trước mổ và chụp kiểm tra lại sau mổ

IV. BÀN LUẬN

- Kết quả:

Tất cả các bệnh nhân không gặp tai biến trong và sau mổ, 100% số bệnh nhân lành vết thương thì đầu, bệnh nhân liền sẹo tốt, không có viêm rò vết mổ. 100% bệnh nhân không có biến chứng như trật khớp, gãy quanh chuôi, tổn thương thần kinh toạ tại thời điểm nghiên cứu.

Đánh giá chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Harris ở nhóm hồi cứu tại thời điểm trên 12 tháng sau mổ có 91.9% bệnh nhân đạt tốt và rất tốt. Trong nhóm tiến cứu thời điểm trên 6 tháng sau mổ thì tỉ lệ tốt và rất tốt là 84.6%. Không có bệnh nhân chức năng khớp háng ở mức kém. So sánh với một số nghiên cứu sau:

	Rất tốt %	Tốt %	Trung bình%	Kém %	Tổng
Võ Thành Toàn	64,29	28,57	7,14	0	100
Nguyễn Đình Phú	29,17	25	37,5	8,33	100
Phạm Văn Cường		84,6	15,4	0	100

- Một số yếu tố liên quan đến chỉ định:

Về độ tuổi: trong nhóm nghiên cứu lựa chọn nhóm người già trên 80 tuổi, tuổi trung bình của nhóm là 88.6 tuổi.

Về phân loại gãy: tất cả các bệnh nhân đều nằm trong nhóm gãy A2 trong đó loại gãy phức tạp A2.3 chiếm 60%.

Về độ loãng xương: trong nghiên cứu sử dụng phân độ loãng xương trên XQ theo Singh thấy tất cả các bệnh nhân trên 80 tuổi đều loãng xương đọ IV trở lên, đặc biệt loãng xương độ I, II chiếm 48,6%.

Điều kiện kinh tế của bệnh nhân: phẫu thuật thay khớp đòi hỏi chi phí cao hơn so các phương pháp điều trị thông thường.

- Một số yếu tố liên quan đến kết quả:

Về bệnh mãn tính kèm theo: trong nhóm nghiêm cứu có 27/35 số bệnh nhân có bệnh kèm theo chiếm 77,14%. Bệnh mãn tính cằng nhiều,càng nặng thì kết quả phục hồi càng chậm,thời gian điều trị kéo dài.

Về thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là 38,6 phút, trong đó thời gian phẫu thuật dưới 45 phút chiếm nhiều nhất là 31/35 bệnh nhân chiếm 88.6 %. Trong nghiên cứu Phạm Văn Cường thời gian phẫu thuật =<60 phút chiếm 10,3%; thời gian phẫu thuật 61-90 phút chiếm 48,7%; thời gian phẫu thuật >90 phút chiếm 41%. Trong đó thời gian phẫu thuật trung bình 91,9 ± 15,6 phút. Việc kéo dài thời gian phẫu thuật làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng, tăng tỷ lệ chảy máu, tăng nguy cơ tử vong, đặc biệt là bệnh nhân cao tuổi và có nhiều bệnh lý mạn tính. Hiện nay với tiến bộ khoa học, sự phát triển của các thế hệ khớp chuôi dài, sự thành thạo của phẫu thuật viên, phát triển của gây mê hồi sức nên thời gian phẫu thuật ngày càng được rút ngắn và giảm tỉ lệ tử vong.

Về thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình là 15,42. Nhóm nằm viện 10-15 ngày có 19/35 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 35 bệnh nhân trên 80 tuổi gãy LMCXĐ bằng thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Không có bệnh nhân nào có biến chứng trong và sau mổ.

- 100 % bênh nhân sẹo mổ lành tốt, không có gãy xương trật khớp sau mổ, không có liệt thần kinh toạ.

- Chức năng khớp háng sau mổ ở nhóm hồi cứu theo dõi trên 12 tháng đạt tốt và rất tốt theo thang điểm Harris là 91.9%.

- Chức năng khớp háng sau mổ ở nhóm tiến cứu theo dõi trên 6 tháng đạt tốt và rất tốt theo thang điểm Harris là 84.6%.

- Tuổi trên 80, loãng xương độ IV trở lên theo Singh, gãy LMCXĐ loại A2, các bệnh mãn tính kèm theo, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện ... liên quan đến kết quả điều trị và sự hồi phục của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Phúc (2004).** Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học.
2. **Đỗ Xuân Hợp (1978).** Giải phẫu chi trên và chi dưới. NXB Y học, 214 - 219.
3. **Agur M.R. Anne (1991).** Hip joint. Atlas of Anatomy, Nineth Edition. 287 - 294.
4. **David S.T (1987).** Fracture. Campbells operative orthopaedics, 3, 1719 - 1759.
5. **Chan KC và Gill GS (2000).** Cemented hemiarthroplasties for elderly patients with intertrochanteric fracture. Clin orthop, 371, 206 - 215.
6. **George J.H và Daniel J.B (2003).** Hip arthroplasty for salvage of failed treatment of intertrochanteric hip fracture. Bone joint surg, 85.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT GÃY KHUNG CHẬU – Ổ CỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Vương*, Trần Văn Quân*,Trịnh Văn Thông, Phan Ngọc Khóa*, Đặng Phi Dương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy khung chậu ổ cối và một số yếu liên quan đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Từ năm 2018, tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa (HNĐK) Nghệ An đã tiến hành phẫu thuật kết hợp xương gãy khung chậu ổ cối cho 14 bệnh nhân, trong đó có 12 nam và 2 nữ , tuổi trung bình 42.5 (tuổi từ 20 đến 62) , trong đó 2 ca gãy trật khớp háng trung tâm, 2 ca gãy trật khớp mu, 2 ca gãy cánh chậu và bờ trước ổ cối, 4 ca trật khớp háng gãy bờ sau ổ cối, 4 ca gãy mất vững khung chậu đặt cố định ngoài cấp cứu. Thời gian theo dõi sau mổ 6 tháng. **Kết quả**: đánh giá kết quả nắn chỉnh xương gãy sau mổ trên phim X-Quang qui ước theo tiêu chuẩn Matta đạt tốt là 80% số bệnh nhân và trung bình đạt 10% và kém là 10%. Đánh giá kết quả gần dựa vào tình trạng lành vết mổ theo bảng phân loại của Southampton thấy 90% số BN vết mổ lành tốt, 1 bn trong nhóm nghiên cứu (10%) nhiễm trùng vết mổ phải tiến hành mổ cắt lọc lại cũng đã lành vết mổ sau PT lần 2. và 100% BN không có tai biến trong và sau mổ, không có bn nào tổn thương thần kinh tọa hay mạch máu vùng chậu- đùi, 100% liền xương trong 3 tháng đầu. Đánh giá kết quả xa dựa thang điểm cơ năng khớp háng của merle d' Aubigne' thấy 57,2% đạt tốt và rất tốt, 35.7% đạt trung bình. **Kết luận**: Gãy khung chậu ổ cối là thách thức với các phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.Qua nghiên cứu cho thấy hầu hết các bệnh nhân sau mổ được nắn chỉnh tốt về giải phẫu khung chậu ổ cối, vết mổ lành tốt, không có tai biến trong mổ, không có tổn thương thần kinh tọa sau mổ, chức năng khớp háng cải thiện, hạn chế được biến chứng đau và thoái hóa khớp háng sớm do điều trị bảo tồn. tuy nhiên, phương pháp này đòi hỏi phẫu thuật viên phải quen thuộc giải phẫu khung chậu ổ cối cũng như có kĩ năng phẫu tích , nắn chỉnh và kết hợp xương tốt.

Từ Khóa: xương chậu, ổ cối

SUMMARY

EVALUATION OF FIRST STEP RESULTS OF SURGICAL TREATMENT PELVIC-ACETABULUM FRACTURES AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of surgical treatment of pelvic-acetabulum fractures and related factors of treatment outcome. **Subjectives and method:** From 2018, Nghe An General Hospital has had an acetabular-pelvis fracture surgery for 14 patients, including 12 males and 2 females, mean age 42.5 (ages 20 to 62). in this group 2 cases of central fracture-dislocation of the hip, 2 case of symphysis pubis dislocation fracture 2 case of ilium fracture and anterior column fracture, 4 case of hip dislocation and posterior wall acetabular fracture, 4 case of external fixation in urgent surgical. Time for follow-up after surgery 6 months. **Results:**

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vương
Email: dr.ducvuong@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

According to Matta standards on conventional X-ray film, good result account for 80% of patient and medium is 10%, least is 10%. Close results has based on the wound healing status according to the Southampton classification table found that 90% of the patients with good wound, 1 patient in the research group (10%) had wound infection to undergo re-selective surgery, healed the wound after the 2nd surgery. 100% of patients hadn't complications during and after surgery, no patients had vascular or neurologic compromise. 100% had bone healing in the first 3 months. Evaluating the distant results based on the hip joint function score of Merle d, Aubigne, found that 57.2% achieved good and very good, 35.7% achieved average. **Conclusion:** Fractures of the acetabulum and pelvis is a challenge for orthopedic surgeons. Research shows that most of the patients are well manipulated in the pelvic cavity anatomy, the wound heals well, there are no complications in the operation, no sciatica damage, hip joint function, to improve and limit pain complications and degenerative hip joint early due to conservative treatment. However, this method requires the surgeon to be familiar with the pelvic anatomy as well as good manipulation and coordination skills.

Key words: Pelvic, acetabulum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gãy khung chậu là loại chấn thương nặng, phần lớn do tai nạn giao thông. Ngoài gãy xương phức tạp di lệch lớn còn thường gặp những tổn thương kết hợp (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng, tiết niệu…), là một cấp cứu ngoại khoa đe dọa đến tính mạng người bệnh, nguy cơ gây tử vong. Trước đây, phương pháp điều trị gãy khung chậu để người bệnh nằm bất động và kéo tạ trong nhiều ngày. Phương pháp điều trị này đơn giản, an toàn nhưng tỉ lệ phục hồi chức năng, nguy cơ thoái hóa khớp háng rất cao. Phẫu thuật mở nắn và cố định đối với gãy ổ cối chỉ thật sự phát triển từ những năm 1980, khi mà Letournel thông báo những thành công đồng thời cho xuất bản cuốn sách đầu tiên về gãy ổ cối năm 1974. Ở Việt Nam, từ khoảng những năm 2000, một số trung tâm trong nước đã mạnh dạn thực hiện mổ mở kết xương đối với gãy khung chậu - ổ cối đem lại kết quả tốt về phục hồi giải phẫu cũng như chức năng cho bệnh nhân. Tại khoa CTCH Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ đầu năm 2018 cũng đã triển khai phẫu thuật kết hợp xương gãy khung chậu ổ cối. Qua thời gian điều trị, phẫu thuật và theo dõi bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy khung chậu ổ cối và một số yếu liên quan đến kết quả điều trị".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương gãy khung chậu ổ cối tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1 năm 2018. Thời gian theo dõi sau mổ 6 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiễn cứu. Đánh giá kết quả nắn chỉnh sau mổ trên Xquang quy ước theo tiêu chuẩn của Matta:

Tốt: kết quả nắn chỉnh về giải phẫu hoặc di lệch <=1mm

Trung bình: kết quả nắn chỉnh di lệch xa từ 1-3mm

Xấu: kết quả nắn chỉnh di lệch > 3mm

Đánh giá kết quả gần: dựa vào tình trạng lành vết thương và liền xương trong 3 tháng đầu.Sự liền vết mổ theo bảng phân loại của Southampton

Sự lành xương: đạt được trong khoảng 8-12 tuần sau mổ. Sau 12 tuần bệnh nhân có thể đi lại không cần phương tiện hỗ trợ.

Đánh giá kết quả xa: đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm của Merle d'Aubigne':

Rất tốt: đạt 17-18 điểm

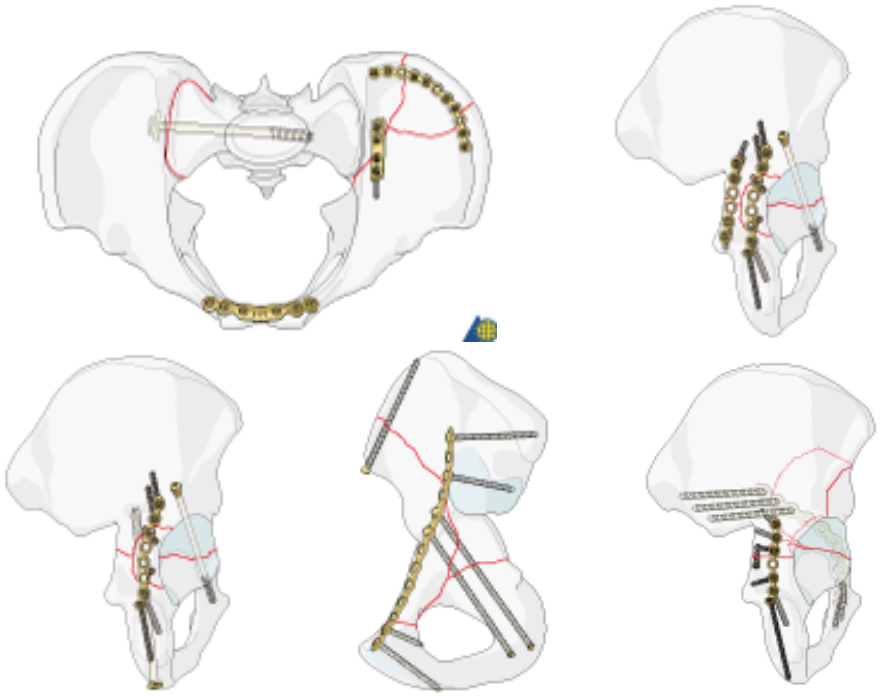
Tốt: đạt 15-16 điểm

Trung bình: 13-14 điểm

Xấu: <13 điểm

Phương pháp phẫu thuật:

- Nẹp vis: (Nguồn AO)

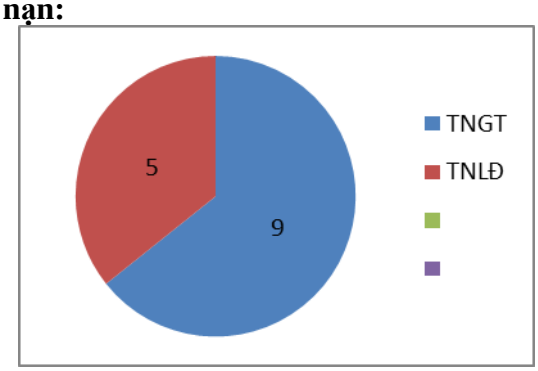


III. KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân:

Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân chấn thương khung chậu là Nam, với tỉ lệ nam/nữ là 6/1.

Nguyên nhân gây tai nạn:



Biểu đồ 3.1: Nguyên nhân gây tai nạn

Nhận xét: đa số nguyên nhân gây tai nạn cho bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là tai nạn giao thông và tai nạn lao động với tỉ lệ 9:5

Tổn thương phối hợp:

Bảng 3.1: Tần suất các tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	Tần suất
Gãy xương chi trên	6
Gãy xương chi dưới	6
Chấn thương sọ não	4
Chấn thương bụng kín	2
Chấn thương ngực kín	5
Chấn thương hệ niệu	7

Nhận xét: các chấn thương phối hợp thường gặp với tần suất cao nhất là gãy xương chi trên và chi dưới

Thời điểm phẫu thuật:

Bảng 3.2: Thời điểm phẫu thuật sau tai nạn

Thời điểm phẫu thuật (ngày)	Số Bn	Tỷ lệ %
Cấp cứu	4	28.6
< 7	8	57.2
8-14	1	7.1
>14	1	7.1

Nhận xét: đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng tuần thứ nhất

Đường mổ sử dụng:

Bảng 3.3: các đường mổ sử dụng trong phẫu thuật

Đường mổ	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kocher-Langenbeck	4	28.6
Chậu bẹn	5	35.7
Phối hợp 2 đường trên	1	7.1
Tổng số	**10**	**71.4**

Nhận xét: việc lựa chọn đường mổ để phù hợp với tổn thương trên bệnh nhân, cả 2 loại đường mổ được sử dụng với tần suất gần bằng nhau 4:5

Đánh giá kết quả nắn chỉnh sau mổ:

Bảng 3.4: Kết quả nắn chỉnh sau mổtheo tiêu chuẩn Matta

Kết quả	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	8	80
Trung bình	1	10
Xấu	1	10
Tổng số	**10**	**100**

Nhận xét: 8/10 bệnh nhân nắn chỉnh sau mổ đạt kết quả tốt, bên cạnh đó vẫn có 1 ca kết quả xấu và 1 ca trung bình

Đánh giá sự lành vết thương theo Southampton:

Bảng 3.5: Đánh giá sự lành vết thương theo Southampton

Độ	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
O	8	80
IA	1	10
IB	0	0
IC	0	0
II	0	0
III	0	0
IV	1	10
Tổng số	**10**	**100**

Nhận xét: liền vết thương sau mổ đạt kết quả tốt đối với 8/10 bệnh nhân, bên cạnh đó vẫn có 1 ca kết quả xấu nhiễm trùng vết mổ

Biến chứng trong và sau mổ:

Bảng 3.6: Biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Liệt thần kinh tọa	0	0
Tổn thương mạch máu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	10
Vít vào tiểu khung	1	10
Trật khớp háng	0	0

Nhận xét: có 01 ca gặp biến chứng trong mổ là bắt vít vào tiểu khung, 01 ca biến chứng nhiễm trùng vết mổ

Đánh giá kết quả cơ năng khớp hang:

Bảng 3.7 Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm của Merle d'Aubigne'

Kết quả cơ năng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rất tốt	2	14.3
Tốt	6	42.9
Trung bình	5	35.7
Xấu	1	7.1
Tổng số	**14**	**100**

Nhận xét: 8/14 bệnh nhân có kết quả phục hồi chức năng khớp háng sau mổ đạt tốt và rất tốt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị: hầu hết các bệnh nhân sau mổ, vết mổ lành tốt. Không gặp biến chứng tổn thương thần kinh tọa và tổn thương mạch máu sau mổ. 100% số bệnh nhân lành xương trong 3 tháng đầu. Chức

năng khớp háng đạt 57.2% tốt và rất tốt, 35.7% chức năng khớp háng ở mức trung bình.

Về đường mổ: lựa chọn đường mổ theo hình thái và tính chất ổ gãy:

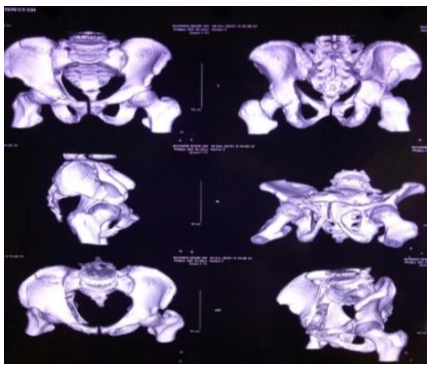
+ Với gãy trật vùng khớp mu thì có 2 đường mổ được sử dụng là đường trên vệ hoặc một phần đường chậu bẹn

+ Với các gãy bờ trước, trụ trước thì sử dụng đường chậu bẹn phù hợp cho nắn chỉnh và kết hợp xương.

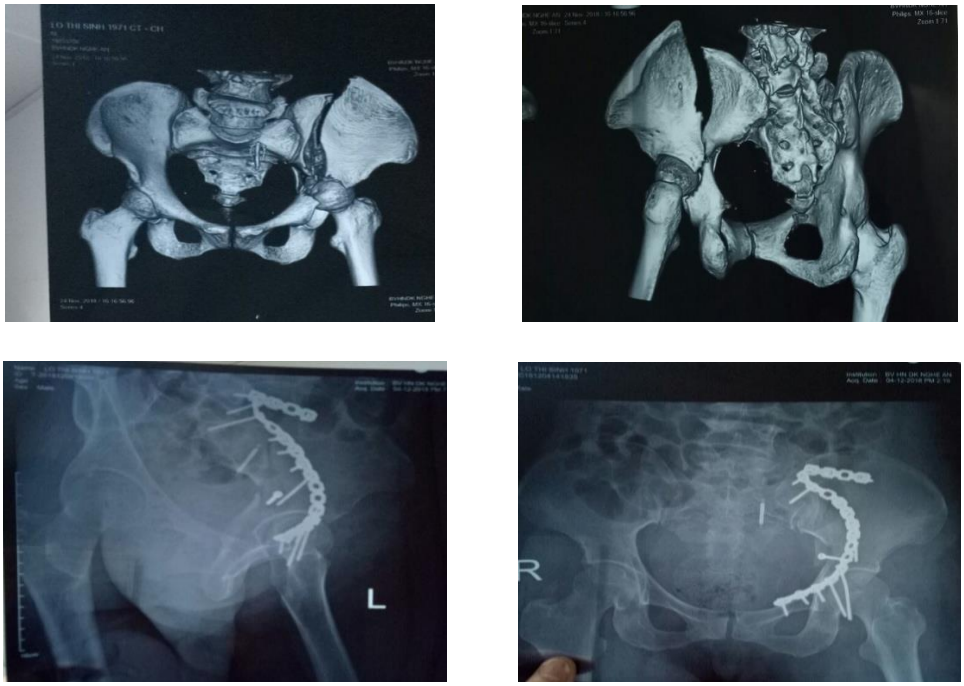
+ Với các gãy bờ sau, trụ sau thì đường Kocher-Langenbeck là thích hợp.

+ Với các gãy 2 trụ thì phối hợp cả 2 đường mổ nếu tổn thương nặng cả 2 trụ. Nếu tổn thương nặng chỉ ở 1 trụ thì ưu tiên đường mổ để tiếp cận trụ đó nhưng cần sử dụng vít gián tiếp qua trụ còn lại.





Hình ảnh chụp phim Xquang và CTsacnner trước và sau mổ

Về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị:

+ Bệnh nhân có càng nhiều tổn thương phối hợp nặng thì kết quả điều trị càng kém.

+ Kết quả nắn chỉnh sau mổ ảnh hưởng trực tiếp đến sự phục hồi chức năng của bệnh nhân cũng như kết quả điều trị

+ Thời điểm phẫu thuật càng sớm thì quá trình nắn chỉnh kết hợp xương càng dễ dàng và đem lại kết quả khả quan hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu kết hợp xương gãy khung chậu ổ cối của 14 BN tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An chúng tôi có kết luận sau:

Về kết quả điều trị: 100% BN lành sẹo tốt, không có biến chứng nặng trong và sau mổ. Chức năng khớp háng đạt 57.2% tốt và rất tốt, 35.7% chức năng khớp háng ở mức trung bình.

Về lựa chọn đường mổ: tuỳ theo mức độ tổn thương, hình thái ổ gãy cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên.

Về các yêu tố ảnh hưởng đến điều trị: thời điểm phẫu thuật, các tổn thương phối hợp, kết quả nắn chỉnh ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mavil Tile (1995),** Fractures of the Pelvis and acetabulum. Berlin Heidelberg New York: Springer – Verlag, p 56 – 64.
2. **Michael E. DeBakey (2004). Pelvic Injuries**. Emergency war surgery. Surgery, Military-Handbooks, 2004. p 291- 328.
3. **Thomas P. Ruedi. (2000).** Pelvic ring injuries: assesstment and concepts of surgical management. AO principles of Fractures Management. Thiem, New York., p 395 - 415.
4. **Tile M., David L.H., Kellam J.K., et all (2015). Fractures of the Pelvis and Acetabulum (AO): Principles and Methods of Management 4th edition,** Thieme Education / Medical, Vol 1.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA ÁP LỰC Ổ BỤNG TRONG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Thủy[1], Dương Đình Chỉnh[2], Ngô Đức Kỷ[1], Lê Tiến Viện[1], Nguyễn Thị Vân Khánh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ALOB trong tiên lượng nặng ở bệnh nhân VTC. Nhận xét sự thay đổi của ALOB trong điều trị VTC nặng có lọc máu liên tục kết hợp dẫn lưu ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: bệnh nhân viêm tụy cấp nhập khoa HSTC – CĐ Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1/2020 tới tháng 9/2020. **Kết quả**: Tỷ lệ tăng ALOB ở bệnh nhân VTC là 61.3%. Ở BN có tăng ALOB, tiên lượng mức độ nặng theo các thang điểm APACHEII, Ranson hay imrie và Atlanta sửa đổi đều có mức điểm cao hơn so với nhóm không tăng ALOB. Suy tạng (hô hấp, tim mạch, thận) ở nhóm TALOB 64.8%, 60.4%, 65.9% so với nhóm không tăng ALOB 11.9%, 14.3%, 11.9%. Càng nhiều tạng suy ALBO càng cao. Thời gian cần LMLT và số quả lọc, số lượng dịch dẫn lưu và thời gian cần dẫn lưu tăng theo mức ALOB. **Kết luận**: Ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, tăng áp lực ổ bụng liên quan đến giai đoạn sớm của tiến triển suy tạng, tăng tỉ lệ tử vong. Theo dõi ALOB góp phần quan trọng trong tối ưu các phương pháp điều trị.

Từ khóa: viêm tụy cấp, áp lực ổ bụng, lọc máu liên tục, dẫn lưu ổ bụng

SUMMARY

THE VALUE OF INCREASED INTRA-ABDOMINAL PRESSURE IN CLASSIFYING THE SEVERITY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS TREATED IN ICU AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Assess intra-abdominal pressure in prognosing the severity of patients with acute pancreatitis and describe the changes of IAP in treating severe acute pancreatitis in combination with CVVH and abdominal draingage. **Subjects and methods:** Patients is diagnosed with acute pancreatitis and is treated in intensive care unit from january 2019 to october 2019. **Results**: incidence of patients with increased IAP: 61.3%, higher scores in APACHEII, Ranson, imrie or revised Atlanta classification. Organ failure (respiratory system, cardiovascular system and kidney) in group of increased IAH: 64.8%, 60.4%, 65.9% in comparison with normal IAP: 11.9%, 14.3%, 11.9% respectively. Duration and the number of hemofiltrations increased with the severity of increased IAP. A mount of fluid and time of abdominal drainage increased remarkably. **Conclusions:** In patient with SAP, increased IAP is associated with development of early organ failure reflecting in increased mortality. Frequent measurement of IAP during intensive care contributes an important role in optimizing the theraputic measures.

Keywords: acute pancreatitis, Intra-abdominal pressure, CVVH, abdominal drainage

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[2]*Sở y tế Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thủy
Email: Yhanoi2000@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một quá trình viêm cấp tính của tụy. Bệnh cảnh lâm sàng khá đa dạng, biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau: mức độ nhẹ thường ít biến chứng, chỉ cần nằm viện ngắn ngày. Trong khi đó mức độ nặng thì diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao 20 - 50% trong bệnh cảnh suy đa tạng [1],[2].

Trong thực hành lâm sàng, sau khi chẩn đoán viêm tụy cấp được khẳng định, việc đánh giá về mức độ bệnh trong thời gian sớm nhất giúp quyết định việc lựa chọn cách thức điều trị thích hợp, từ đó có thể ngăn chặn sự phát triển của các biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong. Cho đến nay, vẫn thiếu các công cụ dự báo tiên lượng dẫn đến nhiều biến chứng trong điều trị, tăng thời gian nằm viện, tăng mức độ nặng và tỉ lệ tử vong [2].

Các nghiên cứu gần đây ngày càng cho thấy áp lực ổ bụng có giá trị đánh giá mức độ, theo dõi diễn biến và hiệu quả trong điều trị VTC [3],[4],[6] nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá ALOB trong tiên lượng nặng ở bệnh nhân (BN) VTC và nhận xét sự thay đổi của ALOB trong điều trị VTC nặng có lọc máu liên tục kết hợp dẫn lưu ổ bụng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả các BN được chẩn đoán VTC nặng theo tiêu chuẩn Atlanta 2007
- Nhập khoa HSTC Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1/2020 tới tháng 9/2020.

Chẩn đoán VTC nặng:

- Giai đoạn đầu: VTC nặng được định nghĩa khi BN VTC có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và/hoặc phát triển thành suy tạng.
- Ngoài ra, nếu BN VTC trên cơ địa suy thận, bệnh lý tim mạch, suy giảm miễn dịch đều được coi là VTC nặng.
- Giai đoạn sau 1 tuần, VTC nặng được định nghĩa khi có suy ít nhất 1 tạng và kéo dài trên 48 giờ. Sử dụng thang điểm SOFA để đánh giá và theo dõi suy tạng [3].
- Trên lâm sàng hay dùng các thang điểm đánh giá độ nặng của VTC. VTC nặng khi điểmRanson ≥ 3, điểm APACHE II ≥ 8, điểm Balthazar ≥ 5 [7].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu trong đó 14 bệnh nhân được lọc máu liên tục CVVH) kết hợp dẫn lưu ổ bụng (DLOB).

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điêm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân loại bệnh nhân theo các độ tuổi và giới

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 29	3	12,5	1	14,2	4	12,9
30-39	8	33,3	1	14,2	9	29,1
40-49	7	29,1	2	28,7	9	29,1
50-59	4	16,6	2	28,7	6	19,3
≥ 60	2	8,5	1	14,2	3	9,6
Tổng	**24**	**100**	**7**	**100**	**31**	**100**
$\bar{X} \pm SD$	55,1 ± 20,5					

Tuổi trung bình là 55,1 ± 20,5 gặp nhiều nhất từ 30 tới 49 tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 3,4/1.

Mức độ VTC theo dự báo các thang điểm

Bảng 3.2. Mức độ VTC dự báo dựa vào các thang điểm

Thang điểm	Mức độ	
	Nhẹ (n, %)	**Nặng (n, %)**
Imrie	15 (48,38%)	16 (51,62%)
Ranson	14 (45,16%)	17 (54,84%)
APACHE II	16 (51,62%)	15 (48,38%)
Balthazar (CTSI)	20 (64,51%)	11 (35,48%)
Atlanta 2007	14 (45,16%)	17 (54,84%)

Nhận xét: theo thang điểm Imrie, Ranson, APACHEII, Balthazar (CTSI) và Atlanta sửa đổi tương ứng viêm tụy cấp nặng là 54,84%, 48,38%, 35,48%, 54,84%.

3.2. Mối quan hệ giữa ALOB với mức độ nặng của bệnh nhân VTC.

Đặc điểm tăng ALOB trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng ALOB lúc nhập viện

Phân loại	n	%
Không tăng ALOB (<16 cmH_20)	12	38,7
Độ I (16-20 cm H_20)	6	19,4
Độ II (21-27 cm H_20)	7	22,5
Độ III (28-34 cm H_20)	4	12,9
Độ IV (>34 cm H_20)	2	6,5
Tổng	**31**	**100**

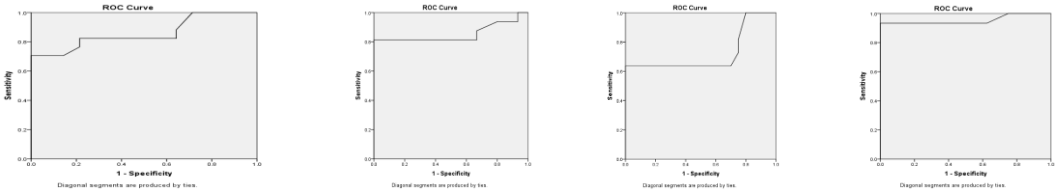
Có 38,7% BN không tăng ALOB, tỷ lệ tăng ALOB là 61,3%. Tỷ lệ tăng ALOB độ I,II chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%). Tỷ lệ tăng ALOB độ III,IV chiếm 12,9% và 6,5%.

Bảng 3.4. Một số đặc điểm giữa hai nhóm tăng ALOB và không tăng ALOB

Đặc điểm	Tăng ALOB (n=19)	Không tăng ALOB (n=12)	p
Ranson	6,1 ± 2,81	3,52 ± 1,42	<0,05
Imrie	4,5 ± 2,11	1,5 ± 0,41	<0,05
APACHE II	12,5 ± 4,51	5,6 ± 3,8	<0,05
CTSI(Balthazar)	8,5 ± 1,64	4,56 ± 1,76	<0,05
Amilase	1378± 681,5	1018± 552,5	>0,05

Nhận xét: Điểm Ranson, Imrie, APACHEII, CTSI cao ở nhóm tăng.

Giá trị của ALOB lúc nhập viện trong dự báo mức độ của VTC



Biểu đồ 3.1- 4 Đường cong ROC Curve của áp lực ổ bụng trong dự báo VTC

Nhận xét: Áp lực ổ bụng có giá trị tiên lượng nặng theo các thang điểm Ranson, Imrie, Bathazar và Apache II với diện tích AUC ROC tương ứng là 0,86 0,85, 0,73 và 0,96.

Bảng 3.5. Giá trị dự báo mức độ VTC của ALOB theo các thang điểm

Thang điểm	Cut-off (cm H_2O)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	GTDB (+)	GTDB (-)
APACHE II	23,8	98,55	87,76	86,67	90,12
Ranson	22,7	95,31	80,12	79,09	93,56
Balthazar	22,9	83,38	50,3	71,52	65,12
Imrie	21,3	87,52	85,15	75,71	89,15

ALOB ngày thứ nhất với điểm cut-off: 23,8 cmH2O, 22,7 cmH2O, 22,9 cmH2O, 21,3 cmH2O có giá dự báo sớm VTC nặng theo APACHEII, Ranson, Balthazar và Imrie.

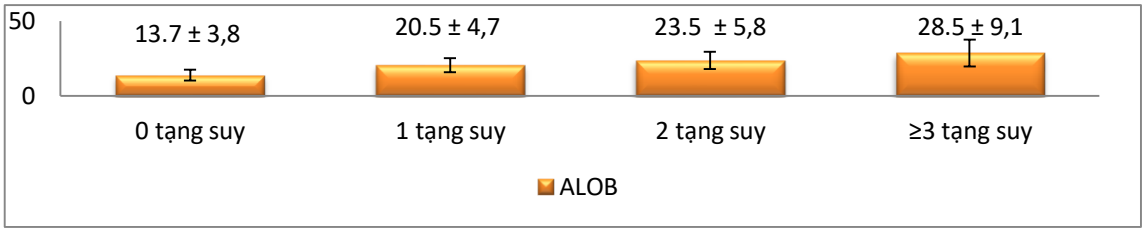
Liên quan giữa ALOB với diễn biến suy tạng của bệnh nhân VTC

Bảng 3.6. Tỷ lệ suy tạng ở 2 nhóm tăng ALOB và không tăng ALOB

Tạng suy	Không tăng ALOB (n=12)	Tăng ALOB (n=19)	P
Hô hấp	2/12 (16,6%)	10/19 (52,63%)	< 0,05
Tim mạch	3/12 (25%)	11/19 (57,89%)	< 0,05
Thận	1/12 (8,33%)	12/19 (63,15%)	< 0,05
Gan mật	1/12 (8,33%)	3/19 (15,78%)	> 0,05
Thần kinh	0	2/19 (10,52%)	

Nhận xét: Nhóm tăng ALOB tỷ lệ suy tạng cao

3.2.3.2. Liên quan giữa ALOB với số tạng suy



Biểu đồ 3.5. Liên quan giữa số tạng suy với mức độ tăng ALOB

Ở nhóm BN không suy tạng, ALOB không tăng. Suy 1 tạng, ALOB tăng độ I,II. Suy ≥ 3 tạng, ALOB tăng độ III,IV.

3.3. Mối liên quan giữa tăng ALOB với thời gian cần CVVH và dẫn lưu dịch ổ bụng

Mức độ tăng ALOB khi nhập viện của nhóm bệnh nhân VTC nặng được điều trị kết hợp lọc máu liên tục và dẫn lưu ổ bụng.

Bảng 3.7. Mức độ tăng ALOB khi nhập viện ở nhóm điều trị kết hợp CVVH + DLOB

Mức độ tăng ALOB	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Độ I	2	14,3
Độ II	7	50,0
Độ III	3	21,4
Độ IV	2	14,3
Tổng	**14**	**100**

Nhận xét: các BN đều tăng ALOB, độ II và III chiếm tỷ lệ cao tương ứng là: 50% và 21,4%.

Mối liên quan giữa mức độ tăng ALOB với thời gian cần tiến hành lọc máu liên tục

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa mức độ tăng ALOB với thời gian CVVH

Lọc máu liên tục / Tăng ALOB	Thời gian lọc máu liên tục (giờ) $(\bar{X} \pm SD)$
Độ I (n=2)	16,3 ± 2,83
Độ II (n=7)*	44,5 ± 16,5
Độ III (n=3)*	46,6 ± 18,7
Độ IV (n=2)*	82,5 ± 18,3

Nhân xét: Thời gian lọc máu liên tục kéo dài theo mức độ tăng ALOB

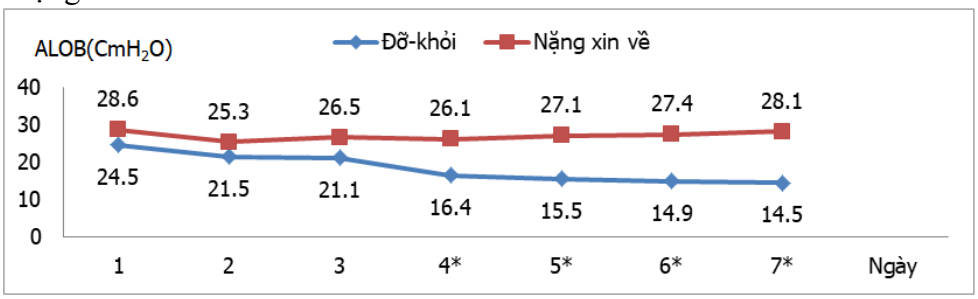
Mối liên quan giữa mức độ tăng áp lực ổ bụng với dẫn lưu ổ bụng

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa mức độ tăng áp lực ổ bụng với dẫn lưu ổ bụng

Dẫn lưu dịch / Tăng ALOB	Lượng dịch trung bình/bệnh nhân 3 ngày đầu $(\bar{X} \pm SD)(ml)$	Thời gian lưu ống dẫn lưu $(\bar{X} \pm SD)(ngày)$
Độ I (n=2)	1221,5 ± 451,5	3,5 ± 1,0
Độ II (n=7)	1912,12 ± 612,4	5,4 ± 2,5
Độ III (n=3)*	2978,21 ± 725,7	8,5 ± 3,3
Độ IV (n=2)*	3571,21 ± 767,5	10,5 ± 3,5

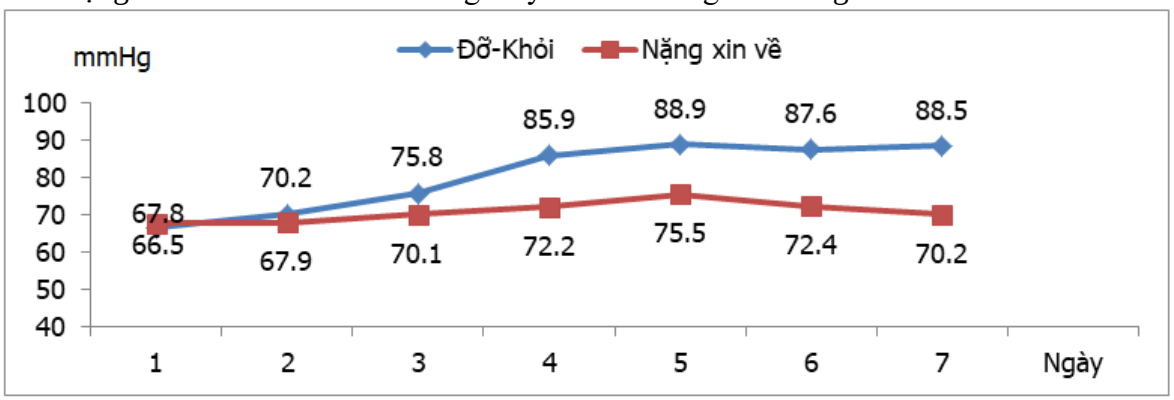
Nhận xét: Lượng dịch dẫn lưu tăng theo mức độ tăng của ALOB. thời gian lưu ống dẫn lưu kéo dài ở bệnh nhân có ALOB tăng cao.

Thay đổi ALOB của nhóm bệnh nhân VTC nặng được điều trị lọc máu liên tục kết hợp với dẫn lưu ổ bụng.



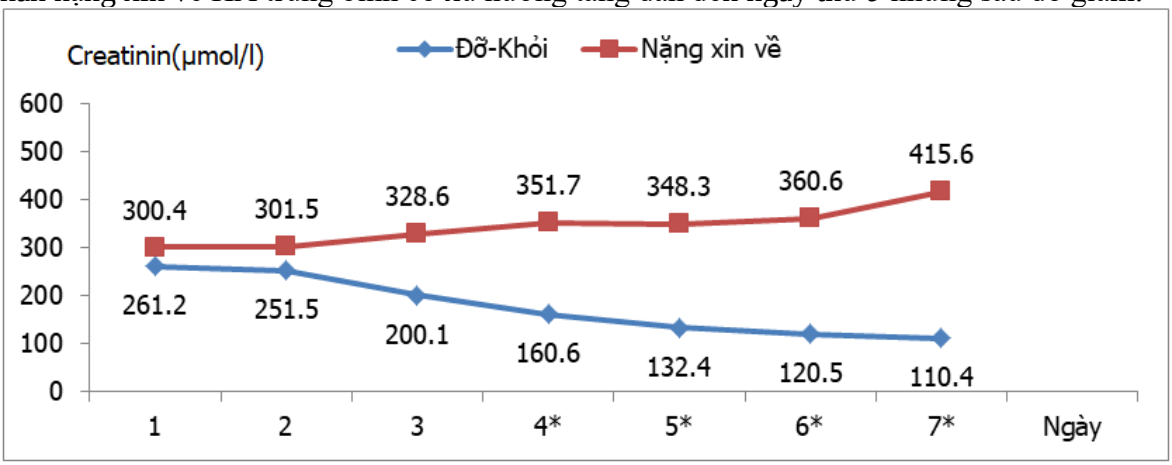
Biểu đồ 3.6. Diễn biến của ALOB trong nhóm khỏi và nhóm nặng xin về ở bệnh nhân được điều trị kết hợp LMLT với DLOB

Nhận xét: Áp lực ổ bụng giảm theo ở nhóm bệnh đỡ-khỏi về bình thường từ ngày thứ 4, nhóm nặng xin về ALOB có xu hướng thay đổi ít và tăng dần trong tuần đầu tiên.



Biểu đồ 3.7. Diễn biến huyết áp trung bình của bệnh nhân

Nhận xét: HA trung bình có xu hướng tăng dần ở nhóm bệnh nhân đỡ-khỏi; Ở nhóm bệnh nhân nặng xin về HA trung bình có xu hướng tăng dần đến ngày thứ 5 nhưng sau đó giảm.



Biểu đồ 3.8. Diễn biến Creatinin máu

Nhận xét: Creatinin ở nhóm bệnh nhân đỡ - khỏi giảm nhanh

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân VTC

Giới và tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 nam, 7 nữ, tỷ lệ nam/nữ 3.4/1 (bảng 3.1). Kết quả này tương đương của Đào Xuân Cơ năm 2012.

Tăng ALOB trong VTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy 19 bệnh nhân trong tổng số 31 bệnh nhân có tăng ALOB (61,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu của Nguyễn Đắc Ca (2007) (tỷ lệ tăng ALOB trong VTC là 69%; và tương ứng là độ I 25%, độ II 19,44%, độ III 22,22% và độ IV 2,79% [1],[6].

ALOB và các thang điểm độ nặng

ALOB và thang điểm Ranson trong chẩn đoán độ nặng của VTC.

Biểu đồ 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 thể hiện giá trị của tăng áp lực ổ bụng trong việc đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân theo các thang điểm thường dùng. Giá trị áp lực ổ bụng đo được có tương quan với tăng điểm các thang điểm tiên lượng nặng đồng nghĩa với tiên

lượng bệnh nhân viêm tụy cấp nặng hơn, dễ tiến triển thành suy đa tạng và tử vong.

ALOB và thang điểm APACHEII trong chẩn đoán mức độ nặng của VTC.

Nghiên cứu khả năng dự báo mức độ VTC của ALOB nếu lấy điểm APACHEII là tiêu chuẩn phân độ nặng nhẹ. Bảng 3.4 cho thấy tại điểm cut-off ALOB = 23,8 cmH_2O thì khả năng dự báo VTC nặng nhẹ là khá tin cậy với độ nhạy tới 98,55%, độ đặc hiệu 87,76%; Giá trị dự báo dương tính 86,67%; giá trị dự báo âm tính 90,12%.

ALOB và thang điểm balthzar (CTSI)

Nghiên cứu giá trị của ALOB trong chẩn đoán mức độ nặng nhẹ của VTC theo thang điểm của CTSI kết quả ở bảng 3.6 cho thấy với điểm cut-off ở ngày nhập viện ALOB là 22,9 cmH_2O có giá trị dự báo VTC nặng theo phân độ Balthazar (CTSI) với độ nhạy là 83,38% nhưng độ đặc hiệu chỉ là 50,3% GTDB (+) là 71,52%; GTDB (-) là 65,12%.

Tăng ALOB và diễn biến suy tạng trong VTC nặng theo số tạng suy

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ suy 3 tạng tim mạch, hô hấp và thận chiếm tỷ lệ tương ứng là 60,4 %, 64,8% và 65,9 % trong nhóm có tăng ALOB trong khi đó ở nhóm không tăng ALOB tỷ lệ suy tạng tương ứng là 14,3%, 11,9% và 11,9% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$, tương tự tỷ lệ suy tạng,ở các tạng có tỷ lệ suy tạng thấp hơn máu, gan, thần kinh trong nhóm tăng ALOB cũng cao hơn ở nhóm không tăng ALOB.

Lọc máu liên tục trong điều trị VTC nặng liên quan đến mức độ tăng ALOB

Chúng tôi chỉ định lọc máu liên tục cho các bệnh nhân VTC nặng (có suy thận và chưa suy thận khi nhập viện: Điểm APACHEII ≥ 8; có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, điểm SIRS ≥ 2 và/hoặc có suy tạng, tăng ALOB. Thời gian cần lọc máu liên tục kéo dài theo mức độ tăng ALOB tương ứng với nó số lượng quả lọc cần sử dụng cũng tăng theo mức độ tăng ALOB.

Dẫn lưu dịch ổ bụng liên quan đến mức độ tăng ALOB

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.9 cũng cho thấy lượng dịch dẫn lưu trung bình cũng tăng dần theo mức tăng ALOB ở nhóm tăng ALOB độ I lượng dịch dẫn lưu trong 3 ngày trung bình là 1221,5 ± 451,5 ml tăng lên đến 3571,21 ± 676,5 ml ở nhóm tăng ALOB độ IV (có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$) phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đắc Ca (2011) [2],[6].

Thay đổi ALOB trong điều trị VTC nặng có kết hợp dẫn lưu ổ bụng và CVVH

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.6 cho thấy ở nhóm bệnh nhân đỡ - khỏi ALOB giảm nhanh và có ý nghĩa thống kê ngay sau ngày thứ 4. Trong khi đó ALOB không giảm và có xu hướng tăng lên trong tuần đầu ở nhóm bệnh nhân Nặng xin về. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đào Xuân Cơ (2012). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải và cộng sự cho thấy kết quả ALOB cũng giảm ngay từ ngày thứ 2 [4],[5],[6].

V. KẾT LUẬN

1. ALOB có giá trị trong tiên lượng nặng VTC

- Tỷ lệ tăng ALOB ở bệnh nhân VTC trong nghiên cứu là 61,3%.
- Ở bệnh nhân có tăng ALOB tiên lượng mức độ nặng theo các thang điểm APACHEII, Ranson hay imrie và Atlanta sửa đổi đều có mức điểm cao hơn so với nhóm không tăng ALOB. ALOB cũng có giá trị tiên lượng cao mức độ nặng theo các thang điểm.

- Mức độ suy 3 tạng: hô hấp, tim mạch, thận. Ở bệnh nhân viêm tụy cấp có tăng ALOB cao hơn nhiều (64,8%; 60,4%; 65,9%) so với nhóm không tăng ALOB (11,9%; 14,3%; 11,9%)

- Liên quan với số tạng suy so với ALOB cho thấy. Ở bệnh nhân càng có nhiều tạng suy thì ALOB càng cao và sự khác biệt này có ý nghĩa thông kê.

2. Đánh giá sự thay đổi của ALOB trong điều trị VTC nặng có LMLT kết hợp DLOB

-Thời gian cần lọc máu liên tục (từ 1 - 7 ngày) và số quả lọc (từ 1 - 8 quả) tăng theo mức độ tăng áp lực ổ bụng. Số lượng dịch dẫn lưu ổ bụng và thời gian cần dẫn lưu tăng theo mức độ tăng ALOB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đắc Ca (2007),** Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trongchẩn đoán mức độ và theo dõi diễn biến của viêm tụy cấp, Luận vănThạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Gia Bình và cộng sự (2007),** "Nhận xét hiệu quả phương pháp lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng", Tạp chí Y học lâmsàng, số chuyên đề, tr.137-143.
3. **Đỗ Tất Cường, Mai Xuân Hiên (2005),** "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, các biện pháp hồi sức tích cực và siêu lọc máu ở bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng", Tạp chí Y dược học quân sự, 30, tr. 165 - 171.
4. **Vũ Đức Định, Đỗ Tất Cường, Nguyễn Gia Bình (2010),** "Nghiên cứu khả năng thải loại cytokines của liệu pháp lọc máu liên tục (CVVH) ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng", Tạp chí y học thực hành, 12(745), tr. 22 – 23.
5. **Trần Duy Anh (2007),** "Liệu pháp thay thế thận liên tục", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Tập 2,số 1:tr. 5-10.
6. **Vũ Đức Định, Nguyễn Đắc Ca, Nguyễn Gia Bình (2011),** "Viêm tụy cấp: mối tương quan giữa tăng áp lực ổ bụng với mức độ nặng và một số cytokines trong dịch ổ bụng", Tạp chí y học thực hành, 761, tr. 191 – 196.
7. **Vege SS, DiMagno MJ, Forsmark CE, et al (2018),** Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. Gastroenterology 2018; 154:1103.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Huy Toàn*, Nguyễn Văn Hương*, Lê Anh Xuân*, Trần Huy Kính*, Trần Văn Thông*, Phạm Minh Tuấn*, Trần Xuân Công*, Trần Hồng Quân*, Trần Đạt Bảo Thành*.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 280 bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương lách có chỉ định điều trị bảo tồn tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** 182 nam 65% và 98 nữ 35%; tuổi trung bình 39,6 ± 16,30 tuổi (07- 94); tai nạn giao thông 61,4%; nhập viện trước 12 giờ 73,2%; huyết áp tâm thu khi vào viện ≥ 90mmHg 85,4%; 83,9% đau vùng lách; 87,9% đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu; siêu âm, CT scanner có dịch ổ bụng là 89,3% và 94,6%; tỷ lệ truyền máu 22,5%; bảo tồn thành công 95,4%; thời gian nằm viện 7,03 ± 2,53 ngày (4-18). **Kết luận**: Điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, hiệu quả, được thực hiện ở cơ sở y tế có khả năng hồi sức và phẫu thuật.

Từ khóa: Chấn thương lách, điều trị bảo tồn, chấn thương bụng kín.

SUMMARY

OUTCOMES OF CONSERVATIVE MANAGEMENT OF RUPTURED SPLEEN IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical manifestation, para-clinical studies and the outcomes of conservative management of ruptured spleen in blunt abdominal trauma at Nghe An Friendship General Hospital. **Subjectives and Methods**: This was a retrospective study conducted on 280 patients who were diagnosed with splenic injury and treated with conservative approach at Nghe An Friendship General Hospital since January 2016 to December 2019. **Results**: There were 182 males (65%) and 98 females (35%) included in this study; the mean age was 39.6 ± 16.30 years (07- 94); traffic accident accounted for 61.4% of the causes of injury; 73.2% of the patients were hospitalized within 12 hours after injury; 85.4% of patients had systolic blood pressure at admission ≥ 90mmHg; 83.9% reported pain in the splenic area; 87.9% responded quickly with initial ICU care; abdominal fluid was detected on ultrasound and CT scan in 89.3% and 94.6% of patients, respectively; 22.5% of patients required blood transfusion; the conservative treatment was successful in 95.4% of cases. The mean hospital stay was 7.03 ± 2.53 days (4-18). **Conclusion**: conservative management of ruptured spleen in blunt abdominal trauma is a safe and effective method that can be carried out in medical centers which are competent in ICU and surgery.

**Bệnh viện HNĐK Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn
Email: drhuytoan@yahoo.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Keywords: Splenic injury, conservative management, blunt abdominal injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ lách là một thương tổn hay gặp trong chấn thương bụng kín. Ở nhiều nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam, vỡ lách luôn chiếm một tỷ lệ cao so với chấn thương các tạng khác trong ổ bụng. Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội là tốc độ đô thị hóa nhanh, giao thông phức tạp, tai nạn lao động và sinh hoạt nhiều. Đây là những điều kiện thuận lợi cho sự gia tăng tỷ lệ chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương lách nói riêng. Theo thống kê tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn từ 2001 - 2003, trong 132 trường hợp chấn thương bụng kín phải mổ vì tổn thương tạng đặc thì vỡ lách là nhiều nhất chiếm 31,8% [1]. Tại Bình Dương, trong 2 năm 2006 - 2007, vỡ lách chiếm tỷ lệ 131/358 trường hợp chấn thương bụng kín tương ứng với 36,59% [2]. Những năm gần đây, điều trị không mổ chấn thương lách cũng được nhiều tác giả nghiên cứu, áp dụng ở một số cơ sở ngoại khoa lớn và đem lại những kết quả ban đầu rất khả quan như Phạm Văn Thuyên có tỷ lệ thành công là 98,4%, Trần Ngọc Sơn là 89,3% hay Trần Văn Đáng là 95,78% [2], [3].

Tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoHNĐK Nghệ An chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp trên nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý vỡ lách và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 280 bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương lách có chỉ định điều trị bảo tồn tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, mẫu thuận tiện.

*Các bước tiến hành nghiên cứu

– Các chỉ tiêu nghiên cứu

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm, CT scanner.

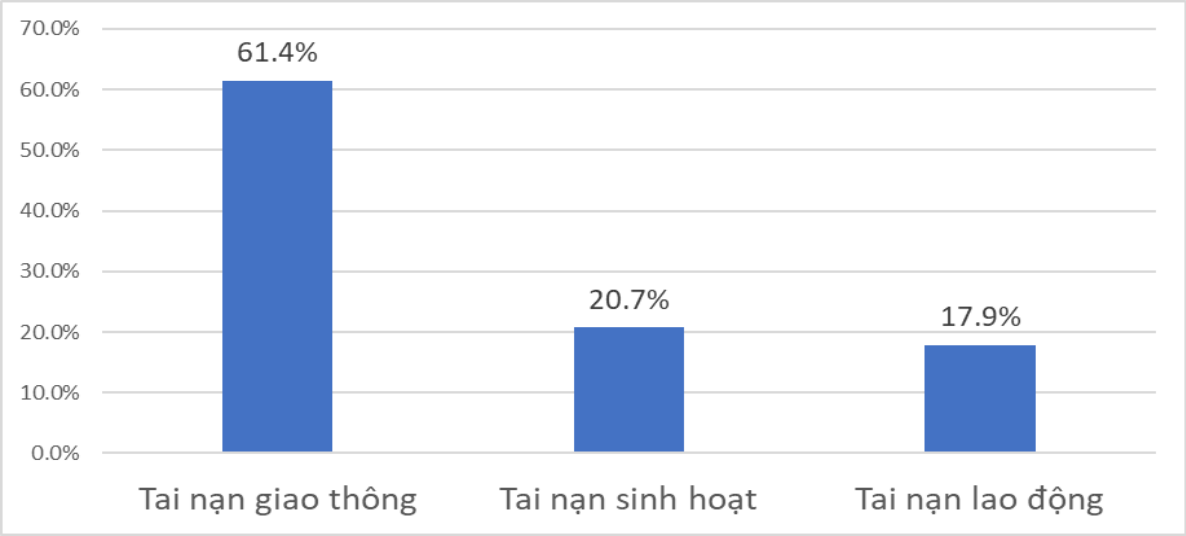
+ Kết quả điều trị: truyền máu, tỷ lệ thành công , thất bại, thời gian nằm viện.

**** Xử lý số liệu:*** Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2016- 12/2019, 280 bệnh nhân chấn thương lách được chỉ định điều trị bảo tồn tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An gồm 182 nam (65%) và 98 nữ (35%); tuổi trung bình 39,6 ± 16,30 tuổi (07- 94). Thời gian nằm viện 7,03 ± 2,53 ngày (4-18).

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng



Biểu đồ 1. Nguyên nhân chấn thương lách

Nhận xét: Tai nạn giao thông là nguyên nhân hay gặp nhất với 172/280 bệnh nhân chiếm 61,4%.

Bảng 1. Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi vào viện

Thời gian	**n**	**%**
Trước 6 giờ	104	37,1
Từ 6 – 12 giờ	101	36,1
Từ > 12 - 24 giờ	57	20,4
Sau 24 giờ	18	6,4
Tổng	**280**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ chiếm phần lớn với tỷ lệ 73,2%, có 6,4% bệnh nhân đến viện sau 24 giờ.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Huyết áp tâm thu	**n**		**%**	
< 90	41		14,6	
≥ 90	239		85,4	
Tổng	**280**		**100**	
Triệu chứng	**Không**	**Vùng lách**	**Ngoài vùng lách**	**Tổng**
Đau bụng	18	235	27	280
Tổn thương thành bụng (*)	218	39	23	280
Dấu hiệu thành bụng (**)	200	52	28	280

Bảng 3. Mức độ thiếu máu

Mức độ thiếu máu	**n**	**%**
Không	121	43,2
Nhẹ	106	37,9

Trung bình	44	15,7
Nặng	9	3,2
Tổng	**280**	**100**

Bảng 4. Dịch ổ bụng trên siêu âm và CT scanner

Dịch ổ bụng siêu âm	**n**	**%**
Không có	30	10,7
Ít	63	22,5
Trung bình	112	40,0
Nhiều	75	26,8
Tổng	**280**	**100**
Dịch ổ bụng CT scanner	**n**	**%**
Không có	15	5,4
Ít	91	32,5
Trung bình	110	39,3
Nhiều	64	22,9
Tổng	**280**	**100**

Nhận xét: - Trên siêu âm, số bệnh nhân có lượng dịch mức độ ít đến nhiều là: 89,3%.

- Trên CLVT có lượng dịch tự do ổ bụng ở mức độ từ ít đến niều chiếm 94,6%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Mức độ đáp ứng truyền máu và số bệnh nhân phải truyền máu

Mức độ đáp ứng	**Mức độ mất máu**				**Tổng**
	I	**II**	**III**	**IV**	
Đáp ứng nhanh	179	56	11	0	**246**
Đáp ứng tạm	0	26	8	0	**34**
Tổng	**179**	**82**	**19**	**0**	**280**

Truyền máu	**Số bệnh nhân**	**%**
Có	63	22,5
Không	217	77,5
Tổng	**280**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân đáp ứng nhanh với hồi sức chiếm phần lớn với 246/280 bệnh nhân tương ứng 87,9%.

Bảng 6. Kết quả điều trị

Điều trị	**Thành công**	**Thất bại**	**Tổng**
Độ I	41 (100%*)	0 (0%)	41 (100%)
Độ II	117 (99,1%*)	1 (0,9%)	118 (100%)
Độ III	87 (92,5%*)	7 (7,5%)	94 (100%)
Độ IV	22 (81,5%*)	5 (18,5%)	27 (100%)
Tổng	**267 (95,4%)**	**13 (4,6%)**	**280 (100%)**

Nhận xét: Phần lớn trường hợp điều trị thất bại nằm ở nhóm bệnh nhân có mức độ chấn thương lách nặng (III, IV) với 12/13 bệnh nhân chiếm 92,3%. Tỷ lệ điều trị không mổ thành công (*) ở các mức độ chấn thương lách đều trên 80%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân được chia thành 3 nhóm với tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt, trong đó, tai nạn giao thông chiếm nhiều nhất với 61,4%. Theo Melissa Powell và cộng sự, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm phần lớn trong nghiên cứu, trong đó tai nạn ôtô chiếm 66,9%, xe máy chiếm 8,8% và xe đạp chiếm 1,4%, phần còn lại là do đánh nhau, chơi thể thao, tai nạn sinh hoạt.

Chấn thương lách nói riêng và chấn thương bụng kín nói chung, yếu tố thời gian và việc sơ cứu ban đầu rất quan trọng, nó góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị thành công cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 73,2% bệnh nhân đến viện trước 12 giờ và có 65,7% bệnh nhân được sơ cứu ở các cơ sở y tế trước khi đến bệnh viện.

Định nghĩa huyết động giảm là khi huyết áp tâm thu < 90 mmHg và mạch > 100 lần/ phút. Theo Eric H. Bradburn và Heidi L. Frankel [4], điều kiện đầu tiên và quan trọng nhất trong chỉ định điều trị không mổ chấn thương lách là tình trạng huyết động phải ổn định và loại trừ được tổn thương phối hợp trong ổ bụng phải mổ. Cũng đồng quan điểm như vậy, Maged Rihan và cộng sự [5] khi nghiên cứu về 512 bệnh nhân chấn thương gan và/hoặc lách đã đưa ra kết luận rằng: huyết động là yếu tố quan trọng nhất khi chỉ định điều trị không mổ và bệnh nhân chuyển mổ phụ thuộc vào sự thay đổi của huyết động và tổn thương trong ổ bụng phối hợp. Trong 280 bệnh nhân của chúng tôi, không có bệnh nhân nào khi vào có huyết áp tâm thu < 70 mmHg vì tất cả những bệnh nhân chấn thương lách trong nhóm này đều được chỉ định mổ cấp cứu. Bệnh nhân khi vào có huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 239/280 bệnh nhân (85,4%), có 41/280 bệnh nhân có huyết áp tâm thu khi vào viện từ 70 - < 90 mmHg.

Nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân vào viện đều có đau bụng, trong đó 235/280 chiếm 83,9% bệnh nhân có triệu chứng đau vùng lách (hạ sườn trái). Tuy nhiên, 18/280 bệnh nhân vào viện không có triệu chứng đau bụng hoặc không xác định rõ ràng, và tất cả những bệnh nhân này đều là những bệnh nhân có tổn thương phối hợp là chấn thương sọ não và/hoặc cột sống. Như vậy, có thể chấn thương sọ não và chấn thương cột sống là những tổn thương làm lu mờ đi triệu chứng đau bụng do vỡ lách khiến bệnh nhân không cảm nhận được hoặc cảm nhận không rõ ràng. Chính vì vậy, trong quá trình điều trị không mổ, theo dõi tình trạng bụng của bệnh nhân phải dựa vào các triệu chứng khác như chướng bụng.

Mức độ thiếu máu trên xét nghiệm không phụ thuộc hoàn toàn vào mức độ chấn thương lách, mà nó còn phụ thuộc vào bệnh nhân đến sớm hay muộn, có được sơ cứu hay không, hình thái tổn thương như thế nào..., do đó cần phải làm lại công thức máu khi bệnh nhân đã được bù đủ dịch hoặc phải làm lại khi thấy mức độ mất máu trên xét nghiệm không tương xứng với triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khác như da xanh, niêm mạc nhợt, huyết áp giảm, mạch nhanh hay dịch tự

do ổ bụng trên siêu âm và/hoặc trên CLVT nhiều[6].

Tất cả bệnh nhân khi vào viện đều được siêu âm để đánh giá tình trạng dịch tự do ổ bụng trước khi thực hiện các phương pháp khác. Tuy nhiên, trong nghiên cứu vẫn có 30/280 (10,7%) bệnh nhân không có dịch tự do ổ bụng trên siêu âm và lượng dịch tự do mức độ trung bình chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Giá trị của siêu âm khi xác định dịch tự do ổ bụng có ý nghĩa rất lớn với bác sỹ lâm sàng, nó kết hợp với tình trạng huyết động giúp các bác sỹ lâm sàng đưa ra chỉ định mổ cấp cứu cũng như theo dõi trong trong trình điều trị đồng thời chỉ định thêm các phương pháp chẩn đoán khác như CLVT để chẩn đoán chính xác tổn thương hơn. Theo Andrew B Peiztman và cộng sự, lượng dịch tự do trong ổ bụng được chia làm 3 mức độ: ít, trung bình và nhiều tùy theo số lượng khoang trong ổ bụng có dịch. Theo nhiều tác giả thì lượng dịch tự do trong ổ bụng có đóng vai trò trong việc tiên lượng chỉ định phẫu thuật chấn thương lách. Theo Nicole A. Stassen và cộng sự [7], lượng dịch tự do trong ổ bụng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ điều trị không mổ thành công ở các mức độ dịch khác nhau. Những bệnh nhân có lượng dịch mức độ ít có tỷ lệ điều trị không mổ thành công lên đến 80,1% so với 27,4% ở những bệnh nhân có lượng dịch tự do ổ bụng mức độ nhiều.

Theo Gonzales M và cộng sự, tỷ lệ thất bại phải chuyển mổ của điều trị không mổ chấn thương lách liên quan đến mức độ lượng dịch tự do trong ổ bụng lần lượt là 10%, 22% và 48% tương ứng với mức độ dịch ít, trung bình và nhiều. Còn theo Andrew B Peiztman, tỷ lệ điều trị không mổ thành công giảm khi lượng dịch tự do trong ổ bụng tăng.

Chúng tôi ứng dụng hồi sức tích cực theo hướng dẫn hồi sức chấn thương tích cực (ATLS) của Hội phẫu thuật viên chấn thương Mỹ dùng trong mất máu do chấn thương. Mục đích của hướng dẫn hồi sức này là nhanh chóng xác định được những tổn thương đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, phân loại bệnh nhân có huyết động ổn định hay ổn định sau khi được bù dịch và/hoặc máu, những bệnh nhân huyết động không ổn định để có chỉ định điều trị phù hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đáp ứng nhanh với hồi sức chiếm đa số với 246/280 (87,9%) bệnh nhân, có 34/280 bệnh nhân là đáp ứng tạm thời với hồi sức, tất cả được chỉ định điều trị không mổ. Cả 2 nhóm bệnh nhân đáp ứng nhanh và đáp ứng tạm với hồi sức đều có ở cả 3 mức độ mất máu trên lâm sàng độ I, II và III, trong đó bệnh nhân đáp ứng tạm với hồi sức thì mất máu độ III chiếm 23,5% với 8/34 bệnh nhân. Tùy thuộc vào tạng và hình thái tổn thương mà có những bệnh nhân mức độ mất máu nặng (Độ III) nhưng lại đáp ứng nhanh với hồi sức và ngược lại, có những bệnh nhân mức độ mất máu nhẹ (Độ I và II) lại đáp ứng tạm với hồi sức nếu có chấn thương phối hợp trong và/hoặc ngoài ổ bụng. Để hồi sức tích cực thì bệnh nhân phải được truyền dịch và máu hợp lý. Theo nhiều tác giả, lượng máu truyền không vượt quá 4 đơn vị trong 24 giờ ở người lớn và không quá 30ml/kg ở trẻ em.

Ở nghiên cứu này có 63/280 bệnh nhân (22,5%) phải truyền máu để hồi sức. Trong quá trình hồi sức, việc truyền máu là cần thiết để cân bằng lại huyết động cũng như các yếu tố đông máu. Tuy nhiên, thời gian và lượng máu truyền phụ thuộc và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, trong đó huyết động là quan trọng nhất, vì dù truyền máu bao nhiêu mà huyết động vẫn không ổn định, có

nghĩa là tình trạng máu vẫn đang tiếp tục chảy, thậm chí tốc độ mất máu còn nhanh hơn lượng máu được bù. Vì vậy, cần phải nhanh chóng đưa ra quyết định mổ hay không mổ, không lên đợi phải đủ thời gian hay lượng máu truyền mới đưa ra quyết định, đánh mất cơ hội cứu sống bệnh nhân.

Qua 280 bệnh nhân được chỉ định điều trị không mổ có 267 bệnh nhân điều trị nội khoa thành công chiếm 95,4% (Bảng 6). Tất cả các mức độ chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tỷ lệ thành công trên 80%. Theo Aman Baneree và cộng sự [9], trong 1255 bệnh nhân chấn thương lách được chỉ định điều trị không mổ có 97 (7.7%) bệnh nhân có phối hợp với can thiệp mạch và tỷ lệ thành công là 82%.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, hiệu quả, được thực hiện ở cơ sở y tế có khả năng hồi sức và phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Tư Hoàng, Lê Nhật Huy và Trần Bình Giang (2004).** Chẩn đoán và thái độ xử trí CTBK tại bệnh viện Việt Đức từ 2001-2003 - Vai trò của phẫu thuật nội soi. Tạp chí Ngoại khoa, 5, 11-17.
2. **Trần Văn Đáng (2010).** Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y
3. **Trần Ngọc Sơn và Nguyễn Thanh Liêm (2007).** Hiệu quả điều trị không phẫu thuật ở trẻ em bị tổn thương lách do chấn thương tù. Hội nghị ngoại nhi lần II 2007.
4. **Eric H. B. and Heidi L. F. (2010).** Diagnosis And Management of Splenic Trauma. The Journal of Lancaster General Hospital, 5(4), 124-128.
5. **Maged Rihan M.D., Nader Makram M.D. and George A.N. (2010).** Evaluation of Nonoperative Management (NOM) In Blunt Splenic and Liver Injuries in Adults: A PROSPECTIVE STUDY. Kasr El Aini Journal of Surgery, 11(3), 97-104.
6. **Adrian A Maung, Lewis J Kaplan (2019).** Management of splenic injury in the adult trauma patient, https://www.uptodate.com/contents/management-of-splenic-injury-in-the-adult-trauma-patient
7. **Stassen N. A., Bhullar I., Cheng J.D. et al (2012).** Selective nonoperative management of blunt splenic injury: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 73(5), S294-S300.
8. **Subcommittee A.T.L.S., Tchorz K.M. and International ATLS working group (2013).** Advanced trauma life support (ATLS®): The ninth edition. The Journal Of Trauma And Acute Care, 74(5), 1363.
9. **Banerjee A., Duane T.M., Wilson S.P. et al (2013).** Trauma center variation in splenic artery embolization and spleen salvage: a multicenter analysis. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 75(1), 69-75.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TÂY BẮC NGHỆ AN

Tô Quang Khánh*, Vi Đức Anh*, Cao Xuân Kim*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: từ 7/2018 đến 10/2020, tiền cứu 37 bệnh nhân gãy cổ xương đùi điều trị bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần tại bệnh viện ĐKKV Tây Bắc tỉnh Nghệ An và đánh giá kết quả chức năng theo thang điểm của Harris. **Kết quả**: 37 bệnh nhân nghiên cứu có 27 nữ và 10 nam, Tuổi trung bình: 74,8 tuổi; thấp nhất: 65 tuổi; cao nhất: 92 tuổi. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt 94,59%, tai nạn giao thông 5,41%. Ổ gãy bên trái 70,27%, bên phải 29,73%. 14/37 bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kết hợp (37,84%). Thời gian mổ trung bình 75.7 phút, ngắn nhất 55 phút, dài nhất 130 phút.30 ca khớp không xi măng,7 ca khớp có xi măng.100% lành vết mổ thì đầu.7 ca so le chi (18,92%). Vị trí chuôi trung tính (91,89%), vẹo ngoài (2,70%), vẹo trong (5,41%). Kết quả theo Harris: tốt và rất tốt 86,49%, trung bình và kém 13,51% tương đương với các tác giả. Không gặp tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy xương, tử vong, nhiễm khuẩn vết mổ. **Kết luận**: Phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm đa số (86,49%), là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp bệnh nhân đi lại sớm, phục hồi nhanh, ít biến chứng.

Từ khóa: Gãy cổ xương đùi, thay khớp háng, bán phần, lớn tuổi

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF EARLY BIPOLAR HEMIARTHROPLASTY TO TREAT FEMORAL NECK FRACTURES IN ELDERLY PATIENT AT HOSPITAL NORTHWEST AREA NGHE AN

Objectives: Evaluate result of early bipolar hemiarthroplasty to treat femoral neck fractures in elderly patient. **Subjectives and Methods**: 37 patients with femoral neck fracture that were treated by bipolar hemiarthroplasty at Hospital Northwest Area and function was evaluated based on Harris Hip Score (HHS). **Results**: 37 patients include 27 females and 10 males. Patient average age is about 74.8, with 65 is the youngest and 92 is the oldest. The causes of injury include general injury from daily activities (94.59%), vehicle collision (5.41%). Right fracture 29.73% and left fracture 70.27%. 14/37 patients with comorbidities. The average time of surgery is 75.7 minutes with the shortest time is around 55 minutes, and the longest is 130 minutes. 30 cases of noncemented joint and 7 cases of cemented joint. 100% primary wound healing. 7 cases non-paralleled of 2 legs. 91.89% cases with stem in good position, 5.41% cases with valgus, 2.70% with varus. Harris hip score: good and excellent are approximately 86.49%,

**Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tây Bắc Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Tô Qung Khánh
Email: bsquangkhanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

fair and poor results are 13.51%. Early surgery results in better outcome than late surgery. No damages to vessels, nerves bundles, bone, or death during surgery were reported. No infections were reported. **Conclusion**: Bipolar hemiarthroplasty to treat femoral neck fracture in elderly patient has good and excellent outcomes (86,49%). It is effective to help patient regain motility with fast healing and less complications.

Key word: Femoral Neck Fracture, hemiarthroplasty, elderly, bipolar

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi (GCXĐ) là một gãy xương thường gặp ở người lớn tuổi. Phẫu thuật thay khớp háng bán phần (TKHBP) hay toàn phần là phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu hiện nay. Trên thế giới và nhiều bệnh viện ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi cho kết quả tốt. Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc tỉnh Nghệ An đã triển khai kỹ thuật này từ tháng 7 năm 2018 và chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng: BN từ 65 trở lên, gãy cổ xương đùi do chấn thương được phẫu thuật thay khớp háng bán phần tại Bệnh viện Đa Khoa khu vực Tây Bắc tỉnh Nghệ An từ 7/2018 đến 10/2020.

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả dọc

- Phương pháp điều trị:

Mổ đường sau, đường rạch da dài 10-12cm. Thay khớp bán phần có hoặc không có xi măng. Kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch trước mổ 30 phút. Sau mổ tiếp tục dùng kháng sinh dự phòng 5-7 ngày, rút dẫn lưu sau 24-48 giờ, hướng dẫn bệnh nhân tập vận động thụ động, chủ động và vật lý trị liệu phục hồi chức năng theo quy trình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 37 bệnh nhân được lấy vào nhóm nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình là 15,3 tháng (3-27 tháng)

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân: 37 bệnh nhân nghiên cứu có 27 nữ và 10 nam, Tuổi trung bình: 74,8 tuổi; thấp nhất: 65 tuổi; cao nhất: 92 tuổi. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 94,59%, tai nạn giao thông chiếm 5,41%. Vị trí ổ gãy bên trái chiếm 70,27%, bên phải chiếm 29,73%. Có 14/37 bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kết hợp, chiếm 37,84%.

- Thời gian từ khi gãy xương đến khi được phẫu thuật: Thời gian từ tai nạn đến lúc mổ và kết quả lâm sàng được cho trong bảng1.

Bảng 1: Thời gian từ khi gãy xương đến lúc mổ và kết quả lâm sang

Tuổi ổ gãy	Kém, trung bình	Tỉ lệ	Tốt, rất tốt	Tỉ lệ	Tổng
< 1 tuần	0	0,00	20	100	20
2-4 tuần	2	20,00	8	80,00	10
4-6 tuần	3	42,86	4	57,14	7
Tổng	**5**	**13,51**	**32**	**86,49**	**30**

-Thời gian mổ trung bình 75.7 phút, ngắn nhất 55 phút, dài nhất 130 phút

-Số bệnh nhân truyền máu: Tổng cộng có 7 bệnh nhân phải truyền máu chiếm 18,92%, có 30 bệnh nhân không phải truyền máu chiếm 81,08%, số lượng máu truyền tối thiểu 250ml, tối đa 500ml.

-Đặc điểm khớp nhân tạo: Dùng khớp thay có xi măng ở bệnh nhân trên 75 tuổi chiếm 33,33%; khớp không xi măng ở bệnh nhân trên 75 tuổi chiếm 66,67%. Đường kính chỏm trung bình 44,22 mm, nhỏ nhất 39 mm, lớn nhất 53 mm

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gần: 100% lành vết mổ thì đầu.7 ca so le chi (18,92%). Vị trí chuôi trung tính 34 ca (91,89%),1 ca vẹo ngoài (2,70%) và 2 ca vẹo trong (5,41%)

3.2.2. Kết quả xa:

3.2.2.1. Kết quả chung theo Harris được cho trong bảng 2

Bảng 2: Kết quả lâm sàng theo Harris (n=37)

Mức độ	n	(%)
Rất tốt (90-100đ)	20	54,05
Tốt (80-89đ)	12	32,43
Trung bình (70-79đ)	3	8,11
Kém (dưới 70đ)	2	5,41
Tổng	**37**	**100%**

Tổng số rất tốt và tốt là 32/37 BN, chiếm 86,49%

Điểm Harris trung bình là 82,6 (40-97 điểm)

Hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật

3.2.2.2. Kết quả trong nhóm có và không có bệnh nội khoa kết hợp đánh giá theo Harris được cho trong bảng 3

Bảng 3: Kết quả trong nhóm có và không có bệnh nội khoa

Mức độ	Số BN không có bệnh nội khoa	Số BN có bệnh nội khoa
Rất tốt (90-100đ)	15 (65,22)	5 (35,71)
Tốt (80-89đ)	7 (30,43)	5 (35,71)
Trung bình (70-79đ)	1 (4,35)	2 (14,29)
Kém (dưới 70đ)	0 (0,00)	2 (14,29)
Tổng	**23**	**14**

Nhóm không bệnh nội khoa kèm theo có kết quả tốt hơn

3.3. Tai biến, biến chứng

Không gặp tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy xương, tử vong trong mổ, không có ca nào nhiễm trùng, thuyên tắc mạch, trật khớp háng sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Theo một số tác giả, sau 50 tuổi tỉ lệ GCXĐ ở nữ giới cao gấp 3 – 4 lần so với nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ / nam = 2,7/1. Điều này khá phù hợp với tần suất gãy xương của các tác giả khác. Tuy nhiên đây chỉ một phần cho thấy tần suất gãy cổ xương đùi giữa nam và nữ có sự khác biệt nhau. Còn về kết quả điều trị thì như nhau ở cả 2 giới. Kết quả này cũng tương tự như báo cáo của Hoàng Văn Dũng [1], Nguyễn Quang Trúc [5].

Lương Thiện Tích [2] báo cáo 92,86% BN được mổ sớm (trước 1 tuần) có kết quả LS tốt hơn những BN mổ muộn, những ca mổ sau tai nạn 2-4 tuần, và mổ sau tại nạn trên 4 tuần kết quả tốt và rất tốt lần lượt là 84,38% và 44,44%. Nguyễn Tường Quang [7] cũng có nhận xét tương tự. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân được mổ sớm trong vòng 1 tuần không có BN có kết quả trung bình và 20 BN có kết quả tốt và rất tốt (100%). Những BN được mổ muộn hơn (1-4 tuần) thì có 2 BN có kết quả trung bình, kém và 8 BN tốt và rất tốt (80%). Những BN được mổ muộn hơn nữa (4-6 tuần) thì có 3 BN có kết quả trung bình, kém và 4 BN tốt và rất tốt (57,14%). Kết quả này cho thấy nếu mổ sớm sẽ cho kết quả tốt hơn. Tuy nhiên cũng có thể là vì các bệnh nhân trong điều kiện tốt không có bệnh nội khoa mới được mổ sớm, Kết quả này cũng xác nhận nhận xét bệnh nhân có bệnh nội khoa sẽ có kết quả kém hơn.

Tuổi là một yếu tố quan trọng phải tính đến để có chỉ định điều trị phù hợp cho các bệnh nhân gãy cổ xương đùi. Kết quả 2 nhóm tuổi lớn và nhỏ không khác nhau nhiều, trong khi đó kết quả có sự khác biệt giữa nhóm có và không có bệnh nội khoa. Điều này cho thấy tuổi không phải là yếu tố chống chỉ định mổ. Trong số 14 BN có bệnh nội khoa kết hợp có kết quả: rất tốt và tốt 10 ca (71,43%), trung bình và kém 4 ca (28,57%). Nhóm kết quả trung bình và kém thường liên quan nhiều tới các bệnh lí nội khoa kết hợp, đặc biệt là tai biến mạch máu não (TBMMN). Nhận xét này cũng tương tự như nhận xét của Hoàng Văn Dũng [1], Lương Thiện Tích [2], Nguyễn Tường Quang [7]. 39 ca nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải [6] có 18 ca có xi măng và 21(53,85) ca không xi măng, ca có xi măng được dùng chủ yếu cho bệnh nhân lớn tuổi, loãng xương nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 7 ca có xi măng và 30(81,08%) ca không có xi măng. Lương Thiện Tích [2] cũng có kết quả tương tự 85,45% khớp không xi măng. Như vậy xu hướng ngày nay là ngày càng có nhiều khớp bán phần không xi măng được xử dụng nhiều hơn khớp có ximăng. Trong 7 (18,92%) ca dùng xi măng, phần lớn là bệnh nhân lớn tuổi (>75 tuổi chiếm 71,43%). PT thay khớp háng là một PT lớn, có thể gây mất máu nhiều. Có 7 BN (18,92%) cần truyền máu và 30 BN (81,08%) không cần truyền máu. 55 bệnh nhân của Lương Thiện Tích [2], số ca truyền máu là 8/55 chiếm tỉ lệ 14,55%, Nguyễn Tường Quang [7] là 21,67%. Số lượng máu truyền tùy thuộc vào thể trạng BN và cấp độ mất máu trong phẫu thuật. Số lượng truyền máu tối đa 500ml, chứng tỏ nhu cầu truyền máu trong lúc mổ cũng không nhiều. Thời gian mổ trung bình 75,7 phút, tương đương kết qur nghiên cứu của Lương Thiện Tích [2] 69 phút, Nguyễn Tường Quang [7] 75,7 phút. Chúng tôi có 7(18,92) ca sole chi thật, tất cả đều không phát hiện được trong khi mổ. Đến khi chụp XQ mới phát hiện ra nên không thể sửa lại được. cao hơn Nguyễn Thanh Hải [6] có 2/39(5,1%) bệnh nhân so le

chi. Theo tiêu chuẩn Harris thì chỉ khi so le chi > 3,2 cm thì mới có ý nghĩa. Việc mổ lại để sửa ngắn chi là không cần thiết vì có thể gây tăng nguy cơ mất vững khớp. Thực tế khó mà đánh giá chính xác chiều dài chi trong lúc mổ. Để giảm thiểu nguy cơ này, cần đo đạc tính toán trước, trong mổ tốt, điều chỉnh hợp lí giữa yêu cầu khôi phục chiều dài chi và đảm bảo độ vững khớp. Trong nhóm nghiên cứu có 1 (2,70%) ca vẹo ngoài, 2(5,41%) ca vẹo trong và 34(91,89%) ca tư thế trung tính. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Văn Dũng [1] 95,23% vị trí chuôi trung tính, của Nguyễn Tường Quang [7] 90% chuôi trung tính. Vị trí chuôi vẹo trong hoặc ngoài về lâu dài sẽ ảnh hưởng xấu đến kết quả như trật khớp, gẫy xi măng, lỏng chuôi, mòn ổ cối. Nghiên cứu chúng tôi thời gian theo dõi còn ngắn nên cũng chưa thấy khác biệt về kết quả của các ca vẹo chuôi và không vẹo. Kết quả lâm sàng chung theo Harris. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tốt và rất tốt chiếm 32/37(86,49%), tương tự nghiên cứu của các tác giả khác

Bảng 4: So sánh kết quả lâm sàng với một số tác giả

Tác giả	Số BN (n)	Tỉ lệ tốt và rất tốt (%)
Hoàng Văn Dũng	21	76,19
Lương Thiện Tích	55	80,00
Nguyễn Quang Trúc	112	92,86
Nguyễn Thanh Hải	39	82,05
Nguyễn Tường Quang	59	72,88
Tô Quang Khánh	37	86,49

Theo các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới là 0.5%, thường gặp ở những người phẫu thuật thay khớp háng lối sau. Tổn thương do kéo căng va chạm trong quá trình thao tác. Bệnh nhân cảm giác đau tê theo đường đi của thần kinh toạ, không duỗi chân được, thời gian hồi phục mất khoảng 6 tháng. Tỉ lệ tổn thương thần kinh theo nghiên cứu của Hoàng Văn Dũng [1] là 0%, của Nguyễn Quang Trúc [5] là 1,3%, trong lô nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương thần kinh. Theo y văn thế giới tổn thương mạch máu trong thay khớp gặp khoảng 0,2-0,3%.

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương mạch máu, kết quả cũng tương tự với các nghiên cứu của Hoàng Văn Dũng [1], Lương Thiện Tích [2], Nguyễn Quang Trúc [5]. Trật khớp háng sau sau thay khớp háng nhân tạo chiếm khoảng 3% các trường hợp thay khớp háng. Có nhiều nguyên nhân gây ra trật khớp háng nhân tạo.

Trong 37 ca phẫu thuật của chúng tôi không có ca nào bị trật khớp ngay sau mổ và trong thời gian theo dõi, kết quả tương tự với các tác giả khác [1], [2], [5]. Cũng giống như mọi phẫu thuật khác đều có nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Có thể chỉ là nhiễm trùng nông vùng vết mổ, cũng có thể nhiễm trùng sâu bên trong khớp cần phải điều trị kháng sinh liều cao thậm chí phải lấy bỏ khớp nhân tạo đã đặt vào. Tỉ lệ nhiễm trùng trong nghiên cứu của Lương Thiện Tích [2] có 2 BN nhiễm khuẩn nông, Nguyễn Tường Quang [7] có 1 BN nhiễm khuẩn nông, Nguyễn Quang Trúc [5] có 2 BN nhiễm khuẩn nông.

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào nhiễm khuẩn vết mổ,100% lành vết mổ thì đầu. Có thê do chúng tôi kiểm soát tốt vệ sinh phòng mổ, vệ sinh bệnh nhân trước mổ, các bước vô khuẩn trong mổ. Phẫu thuật thay khớp háng bán phần là 1 phẫu thuật lớn, bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng đa số là bệnh nhân lớn tuổi (trung bình # 74,8 tuổi), bệnh nhân lớn tuổi nên tỉ lệ mắc bệnh nội khoa kèm theo như: cao huyết áp, tiểu đường, thiếu máu, thiếu máu cơ tim, bệnh phổi, tim mạch, nên nguy cơ tử vong trong và sau mổ cao. Theo Lương Thiện Tích tỉ lệ tử vong trong 55 ca thay khớp là 0%. Theo Nguyễn Tường Quang trong 60 ca thay khớp háng bán phần thì có 1 ca tử vong trong quá trình theo dõi, tỉ lệ là 1,67%. Với 37 ca thay khớp bán phần chúng tôi theo dõi thì chưa thấy ca nào bị tử vong, tỉ lệ là 0%. Như vậy so với các tác giả khác thì tỉ lệ có khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi mang lại kết quả khả quan phục hồi chức năng khớp háng, tỉ lệ hài lòng của người bệnh cao, chất lượng cuộc sống sau mổ của người bệnh được cải thiện nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Dũng, Đỗ Đăng Hoàn, Trương Thị KiềuOanh (2012).** "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi bằng chỏm lưỡng cực tại bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển- Uông Bí" Kỷ yếu hội nghị khoa học thường niên lần thứ XII – 2013, trang 64.
2. **Lương Thiện Tích (2014),** "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần qua đường mổ nhỏ điều trị gãy cổ xương đùi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương". Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, số đặc biệt 2014, tr 102-105.
3. **Nguyễn Quang Quyền (1996).** "Atlat giải phẫu người". Nhà xuất bản Y học, Tp HCM, trang 488-494.
4. **Nguyễn Quang Quyền (2004).** "Bài giảng giải phẫu học". NXB Y học, Tp HCM
5. **Nguyễn Quang Trúc, Đinh Văn Bình (2012),** "Đánh giá kết quả thay khớp háng tại Bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh", tạp chí y học 2012, trang 68.
6. **Nguyễn Thanh Hải, Trần Chiến (2016).** "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên", Bản tin y học miền núi số 4 năm 2016, trang 76.
7. **Nguyễn Tường Quang (2012),** "Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần lưỡng cực điều trị gãy mới cổ xương đùi do chấn thương ở người cao tuổi" Luận án chuyên khoa 2 Đại học Y Dược - TP.HCM 2012.
8. **Nguyễn Văn Quang (2005).** "Bài giảng chấn thương chỉnh hình phục hồi chức năng",Bộ môn CTCH-PHCN, Tp HCM, trang 24-30.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Văn Thông*, Nguyễn Văn Hương*, Lê Anh Xuân*, Trần Đạt Bảo Thành*, Trần Huy Kính*, Nguyễn Huy Toàn*, Trần Hồng Quân*, Trần Xuân Công*, Đồng Minh Thuận, Trần Trung Hiếu**.**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật (PT) điều trị viêm tụy mạn (VTM) tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 32 bệnh nhân (BN) có bệnh lý VTM được PT tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 1/2017 đến 12/2019. **Kết quả:** Chúng tôi đã PT cho 32 BN với 28 (87,5%) nam, 4 (12,5%) nữ; tuổi trung bình 49,6 (35-68), số BN uống rượu nhiều chiếm 68,8%; 15,6% số BN có tiền sử đái tháo đường. 100% số BN có đau bụng thượng vị, 31,3% có sút cân, 43,8% có rối loạn tiêu hóa (ỉa phân sống), vàng da chỉ chiếm 15,6% và BMI trung bình là 18,82. Khả năng phát hiện sỏi của của siêu âm 84,4%, chụp cắt lớp vi tính 100%. Sỏi đầu tụy chiếm 34,4%, toàn bộ tụy chiếm 53,1%, hầu hết các trường hợp ống tụy chính giãn. Các phương pháp PT gồm: Partington Rochelle (12,5%), Frey (62,5%), Frey-Beger (18,8%), cắt khối tá tụy (6,2%). Biến chứng sau mổ là 9,4% trong đó biến chứng chảy máu là 1 trường hợp, rò tụy 1 trường hợp, không có BN tử vong. Đánh giá sau 6 tháng sau mổ cho thấy phần lớn bệnh nhân cải thiện được chất lượng cuộc sống: 96,9% BN không còn hoặc giảm rõ rệt triệu chứng đau bụng; tăng cân chiếm 46,9% và 93,8% BN không có rối loạn tiêu hóa. **Kết luận:** Phẫu thuật giảm áp là một trong những phương pháp điều trị VTM hiệu quả, an toàn, nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN, tuy nhiên chỉ nên thực hiện khi có chỉ định (giãn ống tụy chính, tắc mật, nang giả tụy và khi điều trị nội khoa thất bại).

Từ khóa: Viêm tụy mạn, bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

SUMMARY

SURGICAL MANAGEMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate outcome of surgical treatment of chronic pancreatitis at Nghe An Friendship General Hospital. **Subjectives and Methods**: This was a retrospective and prospective study on 32 patients who had chronic pancreatitis and were operated from January 2017 to December 2019 at Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** There were 28 males (87,5%) and 4 females (12,5%) enrolled in this study. The mean age of the patients was 49,6 (35-68), patients who take alcohol a lot contributed to 68,8%. 15,6% patients have a history of diabetes. All patients had pain in upper abdomen, 31,3% weight loss, 43,8% dyspepsia, 15,6% Jaundice and the mean BMI was 18.82.

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
***Đại học Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thông
Email: tranthong3010@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

The ultrasonography showed pancreatic stone in 84,4% patients, on CT image this proportion is 100%. The rate of cases which had stone in the head of pancreas was 34,4%, in all part of pancreas was 53,1%, almost patients has enlarged main pancreatic duct. Surgical methods were Partington Rochelle (12.5%), Frey (62,5%), Frey-Beger (18.8%), Pancreaticoduodenectomy (6,2%). The rate of post-operative complications was 9,4%, inwhich 1 patient had bleeding, 1 patient had pancreatic fistula, and no one died. Evaluating after 6 months showed that there are many cases who were improved quality of life, 96,9% of the patients had no or reduced a lot of abdominal pain, 46,9% had weight gain and 93,8% had no dyspepsia. **Conclusion:** Pressure reduction surgery is a safe and effective procedure in treatment of chronic pancreatitis, help reduce symptom, improve quality of life, but only applied in proper patients (enlarged main pancreatic duct, obstruction of bile duct, Pancreatic Pseudocysts and not response to internal medicine).

Keywords: Chronic pancreatitis, Nghe An Friendship General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn (VTM) là tình trạng viêm tụy tiến triển gây ra bởi các yếu tố di truyền và môi trường. Các đặc điểm về mặt bệnh học bao gồm tình trạng teo nhỏ, phá hủy các tế bào tuyến nang ở tụy và xơ hóa. Biểu hiện lâm sàng chính là đau bụng thượng vị tái diễn và suy giảm chức năng nội tiết lẫn ngoại tiết cua tụy, kèm theo đó là sự hình thành sỏi ống tụy, chít hẹp ống tụy, hình thành nang giả tụy. Điều trị chủ yếu nội khoa. Điều trị ngoại khoa đặt ra khi BN đau nhiều, điều trị nội khoa không kết quả hoặc khi có các biến chứng chèn ép tại chỗ như hẹp đường mật, giãn ống tụy, hẹp tá tràng, nang giả tụy…

Để có cái nhìn tổng quát chung về chỉ định, kết quả của các phương pháp PT điều trị VTM tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An, chúng tôi thực hiện đề tài *"Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn tại bệnh viện HNĐK Nghệ An "* nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN VTM được PT tại bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 01/2017 đến 12/2019 và đánh giá kết quả điều trị VTM bằng PT tại bệnh viện HNĐK Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 32 BN chẩn đoán VTM và được điều trị PT tại bệnh viện HNĐK Nghệ An.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2019.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán VTM và được điều trị PT
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là VTM.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2017- 12/2019, 32 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy mạn được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An gồm 28 nam (87,5%) và 4 nữ (12,5%); tuổi trung bình 49,6 ± 10,7 tuổi (35- 68).

3.1. Tiền sử lạm dụng rượu

Bảng 1: Phân loại BN theo tiền sử lạm dụng rượu

Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ %
Không lạm dụng rượu	10	31,2
Có lạm dụng rượu	22	68,8
Tổng	**32**	**100**

Nhận xét: Có 68,8% số BN VTM được PT có tiền sử uống rượu từ 10 năm trở lên, mỗi ngày uống từ 200ml rượu trở lên.

2. Tiền sử đái tháo đường

Bảng 2: Tiền sử đái tháo đường

Tiền sử ĐTĐ	n	Tỷ lệ %
Không ĐTĐ	27	84,4
Có ĐTĐ	5	15,6
Tổng	**32**	**100**

Nhận xét: Gặp 5/32 (15,6%) BN có tiền sử đái tháo đường đang điều trị.

3.3. Thể trạng trước mổ

Bảng 4: Thể trạng BN trước mổ

BMI	n	Tỷ lệ %
Gầy	18	56,3
Bình thường	14	43,7
Béo	0	0

Nhận xét: BMI trung bình: 18,82± 2,45. BMI thấp nhất: 16 và cao nhất: 22,5.

3.4. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng LS	n	Tỷ lệ %
Đau bụng trên rốn	32	100
Gầy sút cân	10	31,3
Vàng da	5	15,6
Rối loạn tiêu hóa	14	43,8
Buồn nôn/ nôn	2	6,3

Nhận xét: 100% BN đau bụng ở những mức độ khác nhau.

3.5. Đánh giá mức độ đau trước mổ

Bảng 5: Mức độ đau của BN trước mổ

Mức độ đau	n	Tỷ lệ %
Không đau	0	0
Đau nhẹ	0	0
Đau vừa	7	21,9
Đau nhiều	15	46,9
Đau dữ dội	10	31,2
Đau ko chịu đựng được	0	0

Nhận xét: Điểm VAS trung bình 7,21 ± 0,7

3.6. Siêu âm

Bảng 6: Hình ảnh viêm tụy mạn trên siêu âm bụng

Hình ảnh SÂ	n		Tỷ lệ %
Hình ảnh sỏi	**Đầu tụy**	10	37,0
	Thân đuôi tụy	3	11,1
	Toàn bộ tụy	14	51,9
	Không thấy sỏi	5	15,6
Wirsung giãn	27		84,4
Nang giả tụy	4		12,5
OMC giãn	6		18,75

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện sỏi tụy trên siêu âm bụng đạt 84,4%.

3.7. Chụp cắt lớp vi tính bụng

Bảng 7: Hình ảnh viêm tụy mạn trên CLVT bụng

	n		Tỷ lệ %
Hình ảnh sỏi	**Đầu tụy**	11	34,4
	Thân đuôi tụy	4	12,5
	Toàn bộ tụy	17	53,1
Wirsung giãn	30		93,8
Nang giả tụy	4		12,5
OMC giãn	7		21,9

Nhận xét: Chụp CLVT bụng được thực hiện trên 100% BN VTM có chỉ định PT. Vị trí sỏi trên CLVT chủ yếu rải rác khắp nhu mô tụy.

3.8. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 8: Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Vị trí sỏi			Tổng
	Đầu tụy	Thân đuôi tụy	Nhiều vị trí	
Partington	0	4 (100%)	0	4 (12,5%)
Frey	5 (25%)		15 (75%)	20 (62,5%
Frey- Beger	4 (66,7%)	0	2 (33,3)	6 (18,8%)
Cắt khối tá tụy	2	0	0	2 (6,2%)
Tổng	**11**	**4**	**17**	**32 (100%)**

Nhận xét: Có 2 BN có sỏi khu trú mỏm móc tụy, được PT cắt khối tá tụy. Có 6 BN (18,8%) VTM có tăng Bilirubin máu, được PT Frey-Beger.

3.9. Biến chứng phẫu thuật

Bảng 9: Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Partington(4)	Frey(20)	Frey- Beger(6)	DPC(2)	N(32)
Chảy máu	0	0	1	0	1
Rò tụy	0	1	0	0	1
NT vết mổ	0	1	0	0	1

Tử vong	0	0	0	0	0
Tổng	**0**	**2**	**1**	**0**	**3 (9,4%)**

Nhận xét: Có 1 BN chảy máu sau mổ, điều trị nội khoa ổn định. Có 1 BN biến chứng rò tụy độ B sau PT Frey, điều trị Sandostatin, dẫn lưu, kháng sinh. BN ổn định, sau 2 tuần rút dẫn lưu. Có 1 BN bị nhiễm trùng vết mổ, điều trị cắt chỉ, tách mép vết mổ, thay băng hàng ngày.

3.10. Kết quả xa (sau 6 tháng)

Bảng 10: Đánh giá kết quả xa sau mổ

	n	**Tỷ lệ %**
Hết/ giảm đau bụng	31	96,9
Không Vàng da	32	100
Không rối loạn tiêu hóa	30	93,8
Tăng cân	15	46,9

Nhận xét: Điểm VAS trung bình sau mổ: 1,8 ±1,3

3.11. Tử vong xa sau mổ

Tại thời điểm tháng 6/2020, có 1 BN đã tử vong do ung thư tụy, BN này sống được 15 tháng sau mổ VTM.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình 49,6± 10,7; trong đó thấp nhất là 35 tuổi, cao nhất là 68 tuổi.Trong đó tuổi 40-60 chiếm 64,3%. VTM được PT chủ yếu gặp ở nam giới, tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 7/1. Trong nghiên cứu của Vasile, bệnh nhân VTM được PT có tuổi trung bình là 51 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 7/1 [1]. Nghiên cứu của Xiaodong Tian trên 116 BN VTM được phẫu thuật cho thấy tuổi trung bình 51,5 ± 18,2, nhỏ nhất 10 tuổi, lớn nhất 82 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 2,5/1 [2]. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn cho thấy nhóm tuổi 40- 60 tuổi chiếm 64% [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số các BN VTM được PT, có 68,8% số BN uống rượu liên tục từ 5 năm trở lên, mỗi ngày uống ít nhất 100ml. Nghiên cứu của Xiaodong, căn nguyên rượu chiếm 48,3%; bệnh đường mật 31,9%; bệnh tự miễn 4,3% và tự phát 15,5% [2].

Trong bệnh lý VTM, đau bụng là triệu chứng lâm sàng gặp ở hầu hết các trường hợp. Điển hình là đau vùng thượng vị, đau dữ dội hoặc âm ỉ kéo dài và thường lan sau lưng. Tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều đau bụng, với điểm VAS trung bình là 7,21±0,7. Các triệu chứng khác thường gặp bao gồm rối loạn tiêu hóa 43,8%; gầy sút cân 31,3%; BMI trung bình là 18,82± 2,45; vàng da 15,6%; nôn/ buồn nôn 6,3%. Có 15,6% số BN có tiền sử bị đái tháo đường đang được điều trị. Tác giả YanmingZhou năm 2015 đã hồi cứu y văn trên cơ sở dữ liệu PubMed và EMBASE từ khi có báo cáo đầu tiên về phẫu thuật Frey năm 1987 đến tháng 2/2015, có tổng cộng 23 nghiên cứu trên 800 BN được PT Frey, cho thấy triệu chứng đau bụng gặp ở 97,5%, sút cân 67,9%; đái tháo đường 26,1% [4]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Hiếu Học cho thấy hầu hết BN đều có triệu chứng đau bụng; 51,7% có rối loạn tiêu hóa; 51,7% có đái tháo đường kèm theo; chỉ số BMI trung bình 17,3± 2,2 [6].

4.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bệnh VTM lâm sàng chỉ có tính chất định hướng còn chẩn đoán xác định phải dựa vào thăm dò hình ảnh. Siêu âm và chụp CLVT được sử dụng chủ yếu để chẩn đoán VTM, sỏi tụy trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ phát hiện sỏi tụy trên siêu âm và CLVT bụng lần lượt là 84,4% và 100%. Về phân bố sỏi, ở đầu tụy đơn thuần chiếm 34,4%, sỏi rải rác toàn bộ tụy chiếm 53,1% và thân đuôi tụy có 12,5%. Có 93,8% BN có giãn ống Wirsung; 21,9% có giãn ống mật chủ và 12,5% có biến chứng nang giả tụy với các kích thước khác nhau. Theo nghiên cứu Hà Văn Quyết, 100% phát hiện sỏi trên siêu âm và phân bố đầu tụy chiếm 30,5% [7]. Theo Trần Hiếu Học, tỷ lệ phát hiện sỏi trên CLVT là 100%, 100% BN có hình ảnh giãn ống Wirsung, nang giả tụy và dãn đường mật là 18,1% và 19,5% [6].

4.3. Chỉ định và phương pháp PT

- Partington- Rochelle: Chỉ định: BN có sỏi ống tụy chính, ống tụy chính giãn tối thiểu 4mm, áp dụng tốt cho tắc nhiều đoạn ống tụy. Có 4/32BN (12,5%) trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi mổ theo kỹ thuật này đều có ống tụy giãn trên 5mm, cả 4 BN này đều chỉ có sỏi ống tụy chính vùng thân và đuôi tụy gây tắc nghẽn ống tụy phía ngoại vi.

- Phẫu thuật Frey: Chỉ định PT Frey: tái phát đau sau PT dẫn lưu ống tụy đơn thuần; VTM có tổn thương rải rác khắp tụy nhưng tập trung nhiều ở vùng đầu tụy và ống tụy chính giãn trên 4mm. Chống chỉ định trong trường hợp không loại trừ được ung thư.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20/32 BN (62,5%) được PT Frey, trong đó chủ yếu là những trường hợp có sỏi rải rác khắp nhu mô tụy.

- Phẫu thuật Frey - Beger: VTM có biến chứng tắc mật do chèn ép. Kỹ thuật bao gồm lấy bỏ gần toàn bộ nhu mô đầu tụy, mở OMC phía trong tụy, mở dọc chiều dài ống tụy từ đầu tụy đến đuôi tụy. Phục hồi lưu thông bằng miệng nối tụy-ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7/32 BN có giãn OMC (≥ 8mm), nhưng chỉ có 6 BN có triệu chứng tắc mật trên lâm sàng và XN Bilirubin; 6 BN này đều được phẫu thuật Frey- Beger, chiếm 18,8%.

- Cắt khối tá tụy: Chỉ định cho khối viêm lành tính vùng đầu tụy, sỏi tập trung đầu tụy ống tụy chính không giãn; ung thư đầu tụy. Tuy nhiên đây là phẫu thuật lớn, tỷ lệ biến chứng tử vong khá cao. Có 2/32 BN (6,2%) sỏi tụy được mổ theo kỹ thuật này, cả 2 BN này đều có sỏi chỉ khu trú ở mỏm móc tụy, nguy cơ khó lấy được triệt để khi thực hiện các phương pháp PT khác.

4.4. Kết quả sau mổ

Trong 32 BN VTM được PT, có 3 BN bị biến chứng, chiếm 9,4%. Tất cả các BN này đều được điều trị nội khoa ổn định, không phải mổ lại; không có BN tử vong. Trong đó 1 BN biến chứng rò tụy độ B, sau mổ ngày thứ 5 xuất hiện dịch trong chảy qua ống dẫn lưu, số lượng 30-50ml/ ngày, xét nghiệm Amylase dịch cao hơn 3 lần Amylase máu, nhưng toàn trạng BN ổn định, bụng đau nhẹ, trung tiện được; BN được lưu ống dẫn lưu, điều trị nội khoa; kết quả lượng dịch chảy qua ống dẫn lưu hết dần và rút sau 2 tuần. Có 1 BN chảy máu sau phẫu thuật Frey- Beger; điều trị nội khoa, truyền 2 đơn vị khối hồng cầu; kết quả BN ổn định, không phải can thiệp hay mổ lại. Có 2 BN biến chứng nhiễm trùng vết mổ, được điều trị cắt chỉ, tách mép vết mổ, thay băng hàng ngày; BN ổn định ra viện sau 7- 10 ngày.

Ghi nhận triệu chứng lâm sàng sau mổ 6 tháng, chúng tôi thu được kết quả 31/32 BN hết hoặc giảm đau bụng, chiếm 96,9%; điểm

VAS trung bình sau mổ là 1,8 ± 1,3; so với trước mổ là 7,21 ± 0,7; 93,8% BN không có rối loạn tiêu hóa; 100% BN hết vàng da và 46,9% BN tăng ít nhất 2Kg.

Nghiên cứu của Hyung Sun Kim năm 2019 trên 24BN VTM được PT Frey cho thấy có 2 BN có biến chứng sau mổ (rò dưỡng chấp và rò tụy độ A), đều được điều trị bảo tồn [5]. Nghiên cứu của Hideaki Sato (2017) hồi cứu trên 42BN VTM được PT, trong đó có 35BN được PT Frey, 7BN được PT DPC cho thấy tất cả BN đều hết đau tại thời điểm xuất viện; trong số BN PT Frey có 7 người có đau tái phát trong vòng 1 năm sau PT nhưng kiểm soát được bằng thuốc giảm đau đường uống [8].

4.5. Mối liên quan viêm tụy mạn và ung thư tụy

Theo dõi 32 BN sau mổ chúng tôi thấy 1 BN (3,1%) chết do ung thư tụy, BN này sống được 15 tháng sau mổ VTM. BN này được PT Frey, quan sát trong mổ không thấy khối khu trú ở tụy, sinh thiết tổ chức nhu mô tụy mấy bỏ được không thấy tế bào ác tính, xét nghiệm CA19-9 trước mổ không tăng. Sau mổ 1 năm BN xuất hiện đau bụng âm ỉ thượng vị, gầy sút cân; đi khám được chẩn đoán K tụy di căn gan, điều trị thuốc nam; BN chết 3 tháng sau đó. Nghiên cứu về VTM ở Nhật Bản cho thấy nguyên nhân chết vì ung thư ở BN VTM chiếm 49,6%, trong đó ung thư tụy là 26,9%.

V. KẾT LUẬN

VTM là một bệnh lý điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong một số trường hợp nhất định như: BN vẫn đau bụng mặc dù điều trị nội khoa tích cực, có các biến chứng như: giãn ống tụy chính, tắc đường mật, hẹp tá tràng, nang giả tụy,… Khi có chỉ định can thiệp ngoại khoa, các phương pháp PT như Partington- Rochelle, Frey, Frey- Beger, cắt khối tá tụy có hiệu quả cao, an toàn, nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vasile D., Ilco A., Popa D. (2013).** The surgical treatment of chronic pancreatitis: a clinical series of 17 cases. Chir Buchar Rom 1990, 108(6), 794-799.
2. **Tian X., Ma Y., Gao H. (2019).** Surgical options for control of abdominal pain in chronic pancreatitis patients. J Pain Res, 12, 2331-2336.
3. **Trịnh Hồng Sơn, Phạm Hoàng Hà. (2008),** "Phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger trong điều trị sỏi tụy viêm tụy mạn", Y học thực hành, (6), 28- 32.
4. **Zhou Y., Shi B., Wu L. (2015).** Frey procedure for chronic pancreatitis: Evidence-based assessment of short-and long-term results in comparison to pancreatoduodenectomy and Beger procedure: A meta- analysis. Pancreatology, 15(4), 372-379.
5. **Kim H.S., Lee J.S., Park J.S. (2019).** Frey's procedure for chronic pancreatitis: a 10- year single-center experience in Korea. Ann Surg Treat Res, 97(6), 296-301.
6. **Trần Hiếu Học (2007),** "Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và PT mở ống tụy lấy sỏi kèm nối tụy-ruột trong bệnh sỏi tụy", Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
7. **Hà Văn Quyết (2006),** "Viêm tụy mạn và sỏi tụy", Bệnh lý viêm tụy, NXB Y học, 71-100.
8. **Sato H., Ishida M., Motoi F. (2018).** Frey's procedure for chronic pancreatitis improves the nutritional status of these patients. Surg Today, 48(1), 80-86.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẮC MẠCH BẰNG HẠT VI CẦU

Nguyễn Huy Toàn*, Nguyễn Văn Hương*, Hồ Duy Tuấn Anh*, Hoàng Phan Quỳnh Trang*, Phạm Văn Linh*, Nguyễn Thanh Long, Lê Quang Toàn*.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu (Deb-TACE) trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc từ hồ sơ các đợt điều trị của 30 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan từ năm 2016-2019 tại BV HNĐK Nghệ An. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng khối u sau can thiệp tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng lần lượt là 80%; 63.3% và 60%; tỷ lệ đáp ứng khối u ở nhóm bệnh nhân u đơn ổ cao hơn so với nhóm bệnh nhân u gan đa ổ. Hội chứng sau nút mạch (PES) (đau và sốt): xuất hiện ngắn và không có biến chứng nghiêm trọng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ trung bình là 27 tháng; xác suất sống thêm tích luỹ tính theo Kaplan-Meier tại các thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 30 tháng lần lượt là 91.9%; 81.7%; 51.1%. **Kết luận:** Nút mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu là phương pháp điều trị an toàn, và hiệu quả trong cải thiện tiên lượng sống và hạn chế tác dụng phụ của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan; Deb-TACE.

**Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn
Email: drhuytoan@yahoo.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATING TREATMENT RESULTS OF CHEMICAL EMBOLISM METHOD USING MICROSPHERES PARTICLES (DEB-TACE) IN THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: Evaluating treatment results of chemical embolism method using microspheres particles (Deb-TACE) in the treatment of Hepatocellular carcinoma (HCC). **Subjectives and methods:** retrospective study combined with longitudinal follow-up study from the treatment records of 30 HCC patients from 2016-2019 at Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** The response rates of tumor after intervention at the time of 3 months, 6 months, 9 months are 80%; 63.3% and 60% respectively; The rate of tumor response was higher in the monolobular tumor group than in the multifocal tumor group. Post-embolization syndrome (PES) (pain and fever): appears short and without serious complications. The average overall survival rate was 27 months; the cumulative probability of survival calculated by Kaplan-Meier at 12 months, 24 months and 30 months is 91.9%; 81.7%; 51.1% respectively. **Conclusion:** chemical embolism method using microspheres particles is a safe and effective treatment to improve prognosis of life and limit side effects of patients with intermediate stage HCC.

Key words: HCC; Deb-TACE; PES

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan, chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gan (UTTBG), là một trong những loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới. Theo số liệu cập nhật nhất hiện nay từ báo cáo của GLOBOCAN (năm 2018) ung thư gan đứng thứ 4 về mức độ phổ biến của các loại ung thư ở nam giới, với số mới mắc là 596.574 người (chiếm 6.3% trong tổng số các loại ung thư ở nam giới); đứng hàng thứ 9 ở nữ giới với số mới mắc là 244.506 người (chiếm 4.9% trong tổng số các loại ung thư ở nữ giới). Ung thư gan là nguyên nhân gây tử vong ung thư đứng hàng thứ 2 (chỉ sau ung thư phổi) với số lượng ước tính khoảng 548.375 người trong năm 2012, chiếm 10.2% số tử vong do ung thư trên toàn cầu [1].

Cho tới nay, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị tối ưu cho UTTBG. Tuy nhiên phương pháp này chỉ có thể áp dụng cho khoảng 20-30% số trường hợp tại thời điểm chẩn đoán, do tình trạng khối u gan cùng với bệnh lý gan tiềm tàng làm cản trở đến chỉ định phẫu thuật [2]. Tắc mạch hóa chất từ lâu đã được chấp nhận rộng rãi như là một phương pháp điều trị tạm thời cơ bản cho các bệnh nhân UTTBG không còn chỉ định phẫu thuật [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ hoại tử hoàn toàn khối u thấp và có thể gặp các biến chứng nặng lên gan và toàn thân sau can thiệp. Phương pháp tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất được phát triển dựa trên cơ sở kỹ thuật hóa tắc mạch truyền thống, với việc sử dụng các hạt vi cầu không chỉ là tác nhân tắc mạch mà còn là chất mang hóa chất và giải phóng hóa chất một cách bền vững, cho phép duy trì nồng độ hóa chất cao và lâu dài hơn trong khối, u đồng thời giảm nồng độ thuốc ở tuần hoàn chung [4].

Phương pháp này đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều nước trên thế giới, nhất là ở các nước châu Âu. Ở nước ta hiện nay, chỉ có một số cơ sở y tế lớn mới bắt đầu triển khai ứng dụng phương pháp này này trong điều trị UTTBG, tuy nhiên số lượng đề tài nghiên cứu về hiệu quả điều trị cũng như các biến chứng, tác dụng không mong muốn của phương pháp này đang còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp tắc mạch hoá chất bằng hạt vi cầu tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An giai đoạn 2016 - 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng:

Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư biểu mô tế bào gan và được điều trị bằng phương pháp nút mạch hóa chất có sử dụng hạt vi cầu tại BV Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Được chẩn đoán xác định HCC theo tiêu chuẩn chẩn đoán của BYT.

+ Tuổi từ 18-80; ECOG:0-2; Child-Puth A hoặc B.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Rối loạn đông máu nặng; đang chảy máu tiêu hóa hoặc tiểu cầu <50 G/l.

+ Có bệnh nặng kết hợp (suy hô hấp; suy tim…).

+ Bệnh nhân không đồng ý can thiệp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kết nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc

- Thời gian: từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019.

- Chỉ số nghiên cứu: các thông tin từ hồ

sơ bệnh án bao gồm: đặc điểm chung (tuổi, giới); Tiền sử viêm gan virus; Triệu chứng lâm sàng (đau HSF, chán ăn mệt mỏi, sút cân; gan to…); Các xét nghiệm cận lâm sàng (GOT;GPT; Bilirubin; AFP; các thông số hình thái u qua CT-scan); Các chỉ số về mức độ, thời gian của các biến chứng trong can thiệp (buồn nôn, ngứa, sốc, tụt HA) và sau can thiệp (buồn nôn hoặc nôn, đau HSF, sốt, mệt mỏi); Các chỉ số đáp ứng sau điều trị qua các đợt dựa trên thang điểm mRECIST; Thời gian sống thêm toàn bộ của từng bệnh nhân. Sau đó được đưa ra phân tích và so sánh bằng các thuật toán và đưa ra kết luận.

- ***Xử lí số liệu:*** Kiểm định T với mẫu cặp (Paired-samples T test) được sử dụng để đánh giá sự thay đổi về giá trị trung bình của các thông số sau điều trị so với trước điều trị. Kiểm định χ^2 test được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ của một thông số giữa các nhóm. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		N	%
Giới	Nam	24	80%
	Nữ	6	20%
Tuổi		54.53 ± 10.095	

Nhận xét

- Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nút mạch gan chủ yếu là nam giới 80% (24/30).
- Bệnh nhân ít tuổi nhất của chúng tôi là 30 tuổi. Nhiều nhất là 72 tuổi. Tuổi trung bình là 54.53 ± 10.095

3.2 Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau HSF	23	76.7
Gầy sút	7	23.3
Mệt mỏi, chán ăn	8	26.7
Không có triệu chứng LS cụ thể	5	16.7

Nhận xét:Triệu chứng lâm sàng đầu tiên hay gặp là đau hạ sườn phải chiếm tỷ lệ 76.7%, gầy sút, mệt mỏi chiếm 23.3%; 26.7%. Tỷ lệ phát hiện tình cờ (chủ yếu là siêu âm ổ bụng) là 16.7%.

Bảng 3. Cận lâm sàng (giá trị trung bình)

Chỉ số	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng
Bilirubin toàn phần	14.73	14.77	14.85	13.02
GOT	52.89	52.90	53.70	48.21
GPT	47.16	52.90	53.70	48.21
AFP	302.1	257.8	227.8	212.7

Nhận xét:

- Các giá trị bilirubin và men gan ở mức trung bình và không có thay đổi nhiều sau can thiệp, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê.
- Giá trị AFP trung bình sau can thiệp giảm có ý nghĩa thông kê ($p < 0.05$).

3.3 Đáp ứng điều trị

Bảng 4. đáp ứng điều trị theo mRECIST

mRECIST	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		Sau 9 tháng	
	Số ca	%	Số ca	%	Số ca	%
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	6	20	0	0	1	3.3
Đáp ứng 1 phần (PR)	18	60	19	63.3	17	56.7
Bệnh ổn định (SD)	3	10	5	16.7	6	20
Bệnh tiến triển (PD)	3	10	5	16.7	5	16.7
Tử vong	0	0	1	3.3	1	3.3
Tổng	**30**	**100**	**30**	**100**	**30**	**100**

Nhận xét

- Tỷ lệ đáp ứng khối u (CR+PR) sau can thiệp tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng lần lượt là 80%; 63.3% và 60%.
- Có 1 bệnh nhân tử vong tại thời điểm 6 tháng chiếm tỉ lệ 3,3%.

3.4 Tác dụng không mong muốn

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn và tai biến trong can thiệp

Tác dụng phụ và tai biến	Số bệnh nhân (n=30)	Tỷ lệ %	Số lần (n = 84)	Tỷ lệ %
Buồn nôn	2	6.67	2	2.4
Mẩn ngứa	0	0	0	0
Tụt huyết áp	0	0	0	0
Shock	0	0	0	0

Nhận xét: Các biến chứng trong can thiệp như mẩn ngứa, tụt HA, shock không ghi nhận thấy. Có 2/84 trường hợp nút mạch có biểu hiện buồn nôn trong quá trình can thiệp

Bảng 7. Tỷ lệ gặp và mức độ các triệu chứng sau can thiệp

Triệu chứng / Mức độ	Đau ổ bụng		Nôn		Sốt	
	Số lần	Tỷ lệ %	Số lần	Tỷ lệ %	Số lần	Tỷ lệ %
Nhiều	0	0	0	0	0	0
Vừa	9	10.71	6	7.14	6	7.14
Ít	47	55.95	23	27.38	23	27.38
Không	28	33.34	55	65.48	55	65.48
Cộng	**84**	**100**	**84**	**100**	**84**	**100**

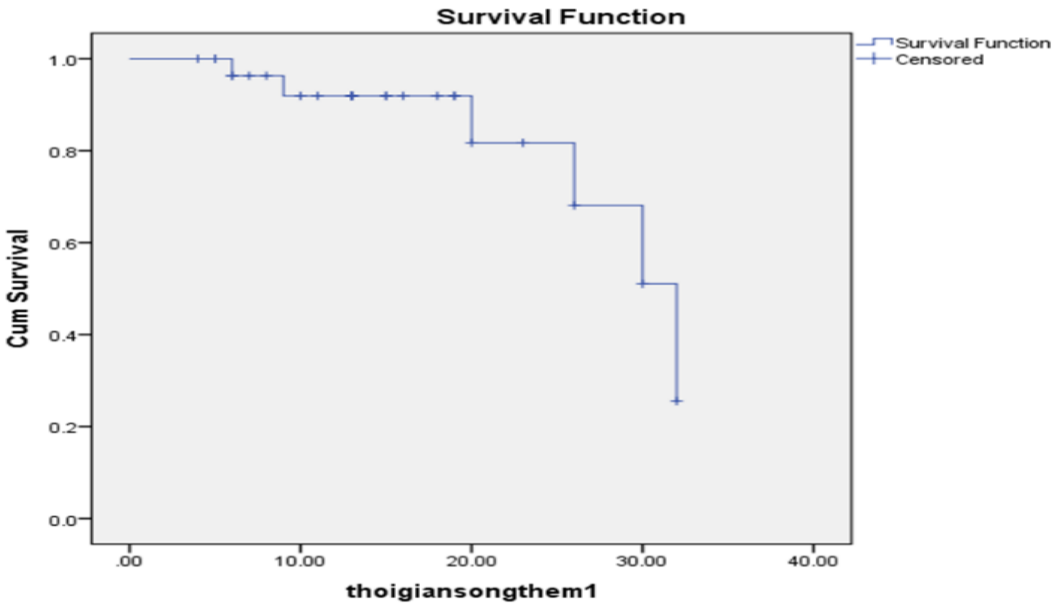
3.5 Sống thêm toàn bộ

Bảng 8. Xác suất sống thêm tích luỹ theo thời gian

Thời điểm / Tiêu chí	12 tháng	24 tháng	30 tháng
Số ca tử vong	1	3	6
Xác suất sống thêm tích luỹ	0.919	0.817	0.511
Trung bình sống thêm	**27.64 ± 1.904**		

Nhận xét:

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ trung bình là 27.647 ± 1.904.
- Xác suất sống thêm tích luỹ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 91.9% và 81.7%.



Biểu đồ 1. Xác suất sống thêm tích luỹ theo thời gian

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 30 đến 72 tuổi. Độ tuổi trung bình là 54.53±10.09. Lứa tuổi hay gặp nhất là trong độ tuổi lao động khoảng từ 40 đến 60 tuổi. Về độ tuổi thường gặp chúng tôi nhận thấy phù hợp với nhận định của một số tác giả trong và ngoài nước. Theo một số tác giả nước ngoài khi áp dụng phương pháp nút mạch điều trị ung thư gan thì lứa tuổi thường gặp là cao hơn như Ikeda M và cs khi nghiên cứu trên 128 bệnh nhân ung thư gan được điều trị nút mạch thì tuổi trung bình là 63 [5].

Giới: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ về giới của bệnh nhân mắc UTBMTBG chủ yếu là nam giới với tỷ lệ 4 nam/1 nữ. Điều này cũng phù hợp với các tác giả khác như Munemasu, Lê Anh Tuấn [6].

Về cận lâm sàng: Sự thay đổi mức GOT và GPT, Bilirubin đều không có ý nghĩa thống kê với P > 0.05 có lẽ do quá trình tiến

triển đồng thời của xơ gan. Tác giả Lê Anh Tuấn [6] cho thấy sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê. Nhận định này tương tự như kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi. AFP là chỉ số quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá điều trị; trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, giá trị AFP trung bình trước điều trị là 302.1 ng/ml; AFP giảm có ý nghĩa sau điều trị tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là 257.8; 227.8; 212.7 ng/ml (p <0.05).

Về đáp ứng sau điều trị: kết quả từ **Bảng 4** cho thấy tỷ lệ đáp ứng khối u sau can thiệp tại thời điểm 3 tháng là 80% (đáp ứng hoàn toàn (CR): 20% và đáp ứng 1 phần (PR): 60%); tại thời điểm 6 tháng là 63.3% (CR:0%; PR:63.3%) và thời điểm 9 tháng là 60% (CR:3.3%; PR:56.7%). Các kết quả đạt được này cao hơn so với các kết quả về đáp ứng khối u khi áp dụng tắc mạch hóa chất truyền thống điều trị UTTBG ở trong các báo cáo trước đây. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả báo cáo của các tác giả nước ngoài, với tỷ lệ đáp ứng khối u tại các thời điểm 1-6 tháng sau điều trị đạt được từ 40-80%. Báo cáo đầu tiên về áp dụng hóa tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất trong điều trị UTTBG trên nền gan xơ của Varela và cộng sự ở châu Âu cho thấy tỷ lệ đáp ứng khối u là 75% [7].

Về tai biến và tác dụng phụ: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, với 84 lần tiến hành can thiệp, có 2 bệnh nhân xuất hiện triệu chứng buồn nôn và nôn, chúng tôi không gặp một bệnh nhân bị shock hay tụt HA nào. Hội chứng sau nút mạch (PES) trường hợp chủ yếu là đau bụng và sốt với tỷ lệ 66.67%; 34.52%. Thời gian sốt trung bình 2.5 ± 1.4 ngày, chủ yếu là sốt nhẹ, trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp sốt cao và rét run. Chúng tôi đã tiến hành cấy máu và làm công thức bạch cầu nhưng kết quả là âm tinh... Có 2 trường hợp bị suy gan cấp sau can thiệp do chức năng gan của bệnh nhân đã kém từ trước can thiệp, tuy nhiên tình trạng suy gan cấp chỉ kéo dài trong 1 khoảng thời gian ngắn.

Về tiến triển và thời gian sống thêm: Suy gan, XHTH, huyết khối TMC có thể xảy ra sớm ở mọi thời điểm ngay từ tháng thứ nhất. Di căn và xuất hiện khối u mới diễn ra muộn hơn, từ tháng thứ 6 trở đi. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 6 bệnh nhân tử vong, tỷ lệ sống thêm toàn bộ trung bình là 27.647±1.904 tháng, xác suất sống thêm tích luỹ tại các thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 30 tháng lần lượt là 91.9%; 81.7%; 51.1% , tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Thái Doãn Kỳ thời gian sống thêm trung bình là 28 tháng; tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm 1, 2, 3 năm lần lượt là 72.9%; 55.4% và 41.3% [8]. Nghiên cứu của Burrel và CS. (2012) trên 104 BN UTTBG trên nền gan xơ (95% Child A, giai đoạn theo BCLC A/B=41/63) được điều trị tắc mạch vi cầu DC Beads, thời gian theo dõi trung bình 24.5 tháng, cho kết quả khả quan về sống thêm lâu dài với thời gian sống thêm trung bình đạt 48.6 tháng [9]. Kết quả tích cực về sống thêm lâu dài của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải bởi ngoài khâu tuyển chọn đầu vào còn sự tiến bộ về kỹ năng thực hiện cho tỷ lệ đáp ứng khối u cao sau can thiệp, sự theo dõi chặt chẽ bệnh nhân sau điều trị góp phần phát hiện và xử lý sớm.

V. KẾT LUẬN

Nút mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu là phương pháp điều trị an toàn, và hiệu quả trong cải thiện tiên lượng sống và hạn chế tác dụng phụ của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. và cộng sự. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. **Đào Văn Long (2015),** Ung thư biểu mô tế bào gan, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Benson A.B., D'Angelica M.I., Abbott D.E. và cộng sự. (2017).** Hepatobiliary Cancers, Version 1.2017. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN, 15(5), 563–573.
4. **Mai Hồng Bàng (2011),** Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng các phương pháp can thiệp qua đường động mạch, Sách chuyên khảo dùng cho bậc sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội., .
6. **Masafumi Ikeda, Schinichi Okada, Seiichiro Yamamoto, Tosiya Sako, Hideki Ueno, Takuji Okusaka, Hiroshi Kurigama, Kenichi Takayasu, Hiroyoshi Furakawa, Ryoko Iwata (2002).** Prognostic factors in patients with Hepatocellular Carcinoma treated by transarterial embolization. Japanese Journal of Clinical Oncology. 32: 455-460.
7. **Lê Anh Tuấn (2003).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng nút hoá chất động mạch gan. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú.
10. **Varela M., Isabel RM., Burrel M., et al. (2007),** "Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads: Efficacy and doxorubicin pharmacokinetics", Journal of Hepatology, 46(3), pp. 474-481.
11. **Thái Doãn Kỳ-** Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads-Luận văn tiến sĩ ĐHY Hà Nội (2015).
12. **Burrel M., María R., Alejandro F., et al. (2012),** "Survival of patients with hepatocellular carcinoma treated by transarterial chemoembolisation (TACE) using Drug Eluting Beads. Implications for clinical practice and trial design", Journal of Hepatology, 56(6), pp. 1330-1335.

ĐẶC ĐIỂM HỖ TRỢ XÃ HỘI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Bùi Thị Mỹ Linh[1], Nguyễn Thị Bảo Ly[1], Trần Duy An[1], Hồ Thị Linh Đan[1], Đặng Nguyễn Triều Nguyên[1], Võ Thanh Long[1], Lê Khắc Thu[2], Phạm Xuân Hiếu[3], Lê Đình Dương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hỗ trợ xã hội theo thang đo MOS-SSS và xác định các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư đại tràng trực tràng (UTĐTT) tại tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 302 bệnh nhân được chẩn đoán mắc UTĐTT tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2019. Thang đo MOS-SSS được sử dụng để đo lường sự hỗ trợ xã hội của bệnh nhân. Điểm càng cao thì sự hỗ trợ xã hội càng lớn. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,62 tuổi. Điểm trung bình chung là 71,04±17,28; trong đó cao nhất là vật chất 78,33±18,01; sự yêu thương là 73,07±19,01; tương tác xã hội là 66,70±19,96 và thấp nhất là sự cảm thông, chia sẻ thông tin: 66,04±19,21. Điểm trung bình sự hỗ trợ xã hội có liên quan ý nghĩa với tình trạng hôn nhân, sử dụng các dịch vụ điều trị: xạ trị, hóa trị và điều trị y học cổ truyền. **Kết luận**: Sự hỗ trợ xã hội có liên quan ý nghĩa với quá trình điều trị của bệnh nhân. Do đó nâng cao vai trò hỗ trợ xã hội sẽ giúp bệnh nhân tiếp cận nhiều hơn đến các dịch vụ chăm sóc y tế đặc biệt là ở nhóm gặp bất lợi trong hôn nhân.

Từ khóa: Sự hỗ trợ xã hội, thang đo MOS-SSS, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

THE SOCIAL SUPPORTS AND THE ASSOCIATED FACTORS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS AT THUA THIEN HUE PROVINCE

Objectives: Explore the social supports by using the MOS-SSS and determine the associated factors in colorectal cancer patients at Thua Thien Hue province. **Subjectives and Methods**: A cross-sectional study was performed on 302 patients, was diagnosed with colorectal cancer at Hue Central Hospital from January 2013 to December 2019. The medical outcome study - social support survey (MOS-SSS) was used to evaluate the social supports with four subscales: tangible support, affectionate, positive social interaction and emotional or informational support. **Results:** A total of 302 CRC patients were included with a mean age of 64.62 years. The overall score of MOS-SSS was 71.04±17.28, comprising tangible supports (78.33±18.01); affectionate (73.07±19.01); positive social interaction (66.70 ±19.96) and emotional or informational support (66.04 ±19.21). The MOS-SSS score was a significant association with marital status and the characteristics of medical services utilization, including radiotherapy, chemotherapy and traditional treatment. **Conclusion:** Social supports had positive effects

[1]Khoa Y tế Công Cộng, trường Đại học Y Dược Huế
[2]Trung tâm y tế huyện Phú Lộc, tỉnh Thừa Thiên Huế
[3]Trung tâm y tế thành phố Huế
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Mỹ Linh
Email: linh.15dp1072@huemed-univ.edu.vn.
Ngày nhận bài: 25.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

on using the medical services in long-term care of patients. Therefore, enhancing social supports will help the CRC patients receive the necessary medical services in treatment, especially in patients with an adverb in marital condition.

Keywords: social supports, MOS-SSS, colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại bệnh lý thường gặp hàng thứ ba, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trong số các loại ung thư trên thế giới, ước tính có khoảng 1,8 triệu ca tử vong trên toàn cầu năm 2018 [1]. Tỷ lệ ung thư đại trực tràng có xu hướng ngày càng tăng ở các nước đang phát triển trong khi sự đáp ứng của hệ thống y tế, xã hội đối với trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân vẫn còn nhiều thách thức. Ung thư là một bệnh lý mãn tính, tác động đến mọi khía cạnh cuộc sống của bệnh nhân và gia đình như thể chất, tâm lý, xã hội và đòi hỏi nhu cầu chăm sóc liên tục và kéo dài. Chính vì vậy, vai trò của sự hỗ trợ xã hội có ý nghĩa đặc biệt quan trọng ở những bệnh nhân dễ tổn thương này. Nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò quan trọng của sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính đặc biệt là ung thư. Tuy nhiên, đây là lĩnh vực còn rất nhiều hạn chế trong nghiên cứu tại Việt Nam. Nghiên cứu này áp dụng thang đo MOS-SSS của tác giả Sherbourne và Stewart (1991), là công cụ được đánh giá phù hợp để khảo sát sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhân mắc bệnh mãn tính tại cộng đồng. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại tỉnh Thừa Thiên Huế bằng thang đo MOS-SSS và xác định các yếu tố liên quan đến sự hỗ trợ xã hội ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc ung thư đại tràng - trực tràng tại bệnh viện Trung ương Huế trong giai đoạn từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn chọn: Được chẩn đoán mới mắc UTĐTT tại bệnh viện Trung ương Huế; sống tại địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế; không mắc các bệnh lý ung thư khác, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã tử vong, bệnh nhân chuyển nơi ở; bệnh nhân mắc bệnh lý tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể hoàn thành phiếu khảo sát.

Thời gian nghiên cứu: số liệu được thu thập từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2020.

Địa điểm nghiên cứu: các xã phường, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: nghiên cứu thực hiện trên 302 bệnh nhân UTĐTT được chẩn đoán mắc bệnh trong thời gian nghiên cứu tại các xã, phường của tỉnh Thừa Thiên Huế.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sống, tình trạng hôn nhân.

Giai đoạn bệnh và Phân loại giai đoạn bệnh ung thư đại trực tràng theo TNM 2010 [3].

Đặc điểm quá trình điều trị của bệnh nhân gồm phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, xạ trị, điều trị hóa chất, chăm sóc giảm nhẹ, điều trị y học cổ truyền.

Thang đo hỗ trợ xã hội là MOS-SSS của Sherbourne và Stewart 1991, được phát triển bởi Cathy Sherbourne và Anita Stewart năm 1991 [8]. Là thang đo phổ biến nhất để đánh giá sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhận mãn tính tại

cộng đồng, gồm 19 mục hỏi theo đo Likert 5 điểm, từ 1 là "không bao giờ" đến 5 "tất cả mọi lúc". Thang đo được chia thành 4 nhóm sự hỗ trợ về: vật chất (4 mục hỏi); sự yêu thương (3 mục hỏi); tương tác xã hội (4 mục hỏi) và sự cảm thông, chia sẻ thông tin (8 mục hỏi). Điểm càng cao thể hiện sự hỗ trợ xã hội càng lớn, điểm đánh giá được quy đổi theo thang điểm 100.

Phương pháp thu thập số liệu: Đặc điểm giai đoạn bệnh và quá trình điều trị được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, lưu trữ tại bệnh viện Trung ương Huế theo 2 mã ICD 10 là C18 và C20.

Các thông tin chung và thang đo sự hỗ trợ xã hội được khảo sát tại hộ gia đình của bệnh nhân bởi các nhân viên y tế tại địa phương.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được mô tả bằng số lượng, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn theo loại biến nghiên cứu. So sánh trung bình chung và các nhóm yếu tố về sự hỗ trợ xã hội với một số đặc điểm chung và điều trị của bệnh nhân bằng t-test. Tất cả kiểm định với ngưỡng ý nghĩa 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=302)

Đặc điểm	Chung (n=302)	Đại tràng (n=164)	Trực tràng (n=138)
Tuổi (năm)	TB ± SD: 64,62 ± 14,53		
<60	189 (62,6)	100 (61,0)	89 (64,5)
≥ 60	113 (37,4)	64 (39,0)	49 (35,5)
Giới			
Nam	168 (55,6**)**	85 (51,2)	84 (60,9)
Nữ	134 (44,4)	80 (48,8)	54 (38,6)
Khu vực			
Thành phố Huế	128 (42,4)	65 (39,6)	63 (45,7)
Huyện/thị xã	174 (57,6)	99 (60,4)	75 (54,3)
Tình trạng hôn nhân			
Đã kết hôn	273 (90,4)	148 (90,2)	125 (90,6)
Khác	29 (9,6)	16 (9,8)	13 (9,4)
Tiền sử gia đình			
Có	36 (11,9)	24 (14,6)	12 (8,7)
Không	244 (80,8)	129 (78,7)	115 (83,3)
Không biết	22 (7,3)	11 (6,7)	11 (8,0)voi
Bệnh kèm			
Có	136 (45.0)	88 (53,7)	78 (56,5)
Không	166 (55,0)	76 (46,3)	62 (43,5)

Giai đoạn TNM			
Sớm (I +II)	44 (14,6)	18 (11,0)	26 (18,8)
Muộn (III +IV)	78 (25,8)	33 (20,1)	45 (32,6)
Không rõ	180 (59,6)	113 (68,9)	67 (48,6)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của mẫu là 64,62±14,53 với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 55,6% và 44,4%. Có 57,6% bệnh nhân ở các huyện, thị xã của tỉnh Thừa Thiên Huế. Phần lớn đối tượng đã kết hôn và đang sống chung với vợ/chồng hoặc gia đình (90,4%). Có 11,9% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng và 45% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý khác kèm theo. Tỷ lệ bệnh nhân được xác định ở giai đoạn III và IV là 25,8%, 59,6% bệnh nhân không xác định rõ giai đoạn chẩn đoán theo TNM.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị của bệnh nhân

Đặc điểm	**Chung (n=302)**	**Đại tràng (n=164)**	**Trực tràng (n=138)**
Phẫu thuật	262 (86,8)	143 (87,2)	119 (86,2)
Xạ trị	110 (36,4)	30 (9,9)	80 (26,5)
Điều trị hóa chất	128 (42,3)	66 (40,2)	62 (44,9)
Chăm sóc giảm nhẹ	30 (9,9)	17 (10,4)	13 (9,4)
YHCT	74 (24,5)	40 (24,4)	34 (24,6)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các dịch vụ y tế trong phẫu thuật là 86,8%, xạ trị là 36,4% và điều trị hóa chất là 42,3%. Có 9,9% bệnh nhân được chăm sóc giảm nhẹ. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị y học cổ truyền/thuốc dân tộc/thuốc nam là 24,5%.

3.2. Sự hỗ trợ xã hội theo thang đo MOS-SSS

Bảng 3. Sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng theo thang đo MOS-SSS

Khía cạnh	**Chung (n=302)**	**Đại tràng (n=164)**	**Trực tràng (n=138)**
Vật chất	78,33 ± 18,01	79,00 ± 17,51	77,54 ± 18,61
Sự yêu thương	73,07 ± 19,01	73,22 ± 19,07	72,89 ± 18,99
Tương tác xã hội	66,70 ±19,96	66,92 ± 20,40	66,44 ± 19,50
Sự cảm thông, chia sẻ thông tin	66,04 ±19,21	66,01 ± 19,66	65,96 ± 18,73
Chung	**71,04 ± 17,28**	**71,31 ± 17,42**	**70,71 ± 17,18**

Nhận xét: Điểm trung bình chung về hỗ trợ xã hội là 71,04±17,28, trong đó cao nhất là khía cạnh hỗ trợ về vật chất là 78,33±18,01; sự yêu thương là 73,07±19,01; tương tác xã hội là 66,70 ±19,96 và thấp nhất là nhóm liên quan đến cảm thông, chia sẻ thông tin với 66,04 ±19,21. Không có sự khác biệt về điểm trung bình về sự hỗ trợ xã hội giữa nhóm bệnh lý ung thư đại tràng và trực tràng.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng.

Đặc điểm		Chung		Vật chất		Sự yêu thương		Tương tác xã hội		Sự cảm thông, chia sẻ thông tin	
		TB	p	TB	p	TB	p	TB	p	TB	p
Tuổi (năm)	<60	70,38	0,395	78,50	0,829	72,18	0,293	65,91	0,372	64,93	0,195
	≥ 60	72,13		78,04		74,56		68,03		67,89	
Giới	Nam	71,74	0,426	78,94	0,51	73,41	0,725	67,93	0,231	66,68	0,513
	Nữ	70,15		77,55		72,64		65,16		65,23	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	71,89	0,008	79,09	0,023	73,87	0,024	67,83	0,002	66,78	0,039
	Khác	62,93		71,12		65,52		56,03		59,05	
Nơi sống	Thành thị	72,21	0,31	78,03	0,801	73,70	0,622	68,41	0,203	68,73	0,037
	Nông thôn	70,17		78,56		72,61		65,45		64,06	
Giai đoạn bệnh	Sớm (I +II)	71,28	0,239	76,28	0,440	74,05	0,441	67,19	0,276	67,61	0,062
	Muộn (III +IV)	73,75		80,37		75,12		69,63		69,91	
	Không rõ	69,80		77,95		71,94		65,31		63,98	
Xạ trị	Có	73,68	0,044	79,94	0,24	75,83	0,056	69,60	0,056	69,35	0,017
	Không	69,52		77,41		71,48		65,04		64,14	
Hóa chất	Có	73,87	0,014	80,76	0,044	75,26	0,086	69,87	0,018	69,58	0,006
	Không	68,95		76,55		71,46		64,34		63,43	
CSGN	Có	71,50	0,905	78,75	0,894	73,19	0,808	69,58	0,511	65,73	0,943
	Không	70,98		78,23		71,94		66,38		66,07	
Phẫu thuật	Có	71,08	0,907	78,03	0,456	73,03	0,925	66,87	0,715	66,40	0,404
	Không	70,74		80,31		73,33		65,63		63,67	
YCHT	Có	75,35	0,013	82,26	0,03	77,25	0,029	70,95	0,035	70,95	0,011
	Không	69,63		77,06		71,71		65,32		64,45	

Nhận xét: Điểm trung bình của sự hỗ trợ xã hội được thể hiện cao nhất ở mặt vật chất về tất cả các đặc điểm chung và phương pháp điều trị. Và điểm trung bình thấp nhất ở mặt sự cảm thông, chia sẻ thông tin.

Phân tích đơn biến theo yếu tố tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, nơi sinh sống, giai đoạn bệnh, phẫu thuật, xạ trị, hóa chất, chăm sóc giảm nhẹ và y học cổ truyền. Tình trạng hôn nhân của bệnh nhân, điều trị hóa chất, y học

cổ truyền có liên quan đến sự hỗ trợ xã hội về cả 4 mặt: vật chất, sự yêu thương, tương tác xã hội và sự cảm thông, chia sẻ thông tin và đã được tìm thấy ý nghĩa thống kê (p<0,05). Xạ trị cũng có sự khác biệt về điểm trung bình chung với yếu tố cảm thông, chia sẻ thông tin. Nơi sống của bệnh nhân cũng được tìm thấy sự liên quan đến sự cảm thông, chia sẻ thông tin.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích cho thấy thang đo MOS-SSS phù hợp để đánh giá sự hỗ trợ xã hội ở bệnh nhân UTĐTT, hệ số tin cậy (cronbach'alpha) chung của thang đo là 0,96, trong đó 4 nhóm hỗ trợ xã hội cũng có hệ số tin cậy từ vật chất (0,76); sự yêu thương (0,84); tương tác xã hội (0,89) và sự cảm thông, chia sẻ thông tin (0,93). Kết quả này cũng tương đồng với nhóm tác giả Luong Quynh Khuong, thang đo MOS-SSS có hệ số tin cậy tốt khi khảo sát trên bệnh nhân điều trị Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh, hệ số tin thang đo chung là 0,97 [6].

Về đặc điểm mẫu nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 64,62±14,53 với tỷ lệ nam và nữ là 55,6% và 44,4%, tương đồng với nghiên cứu ở Anh (2017) của Joanne Haviland và cộng sự [5]. Có đến 90,4% đối tượng đã kết hôn và đang sống chung với vợ/chồng hoặc gia đình, điều này tương đồng với nghiên cứu tại Brazil của Ana Lucia Siqueira Costa và cộng sự năm 2017 với tỷ lệ là 91,6%[2]. Phần lớn bệnh nhân ung thư đại trực tràng có thực hiện phẫu thuật (86,8%), thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Mirhan Salibasic và cộng sự năm 2019 là 97,2% [7]. Điều này được lý giải do sự khác biệt trong hệ thống chăm sóc y tế, kinh tế xã hội, có vai trò quan trong trong tiếp cận các dịch vụ điều trị của bệnh nhân.

Bảng 3 mô tả mức độ hỗ trợ xã hội theo thang đo MOS-SSS của bênh nhân UTĐTT. Điểm trung bình chung là 71,04 ± 17,28, ở nhóm bệnh nhân UT đại tràng và trực tràng không khác biệt nhau có ý nghĩa lần lượt là 71,31 điểm và 70,71 điểm. Trên cả 2 nhóm bệnh nhân đều nhận thấy mức độ hỗ trợ cao nhất là nhóm khía cạnh về vật chất với 78,33 điểm, tiếp đến nhóm sự yêu thương 73,07 điểm. Hai nhóm thấp hơn là nhóm tương tác xã hội 66,7 điểm và nhóm sự cảm thông, chia sẻ thông tin với bệnh nhân 66,04 điểm.

Bảng 4 cho thấy điểm của thang đo sự hỗ trợ xã hội có liên quan có ý nghĩa với tình trạng hôn nhân của bệnh nhân về cả 4 mặt: vật chất, sự yêu thương, tương tác xã hội và sự cảm thông, chia sẻ thông tin. Bệnh nhân đã kết hôn nhận được sự hỗ trợ cao hơn so với nhóm bệnh nhân gặp bất lợi trong hôn nhân như chưa kết hôn, ly hôn hay góa. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Laura P. Forsythe và cộng sự (2014) [4]. Điểm hỗ trợ xã hội cũng tìm thấy sự khác biệt với sử dụng các dịch vụ điều trị của bệnh nhân UTĐTT, điều trị hóa chất, y học cổ truyền có liên quan ý nghĩa với cả 4 nhóm khía cạnh đánh giá của thang đo này. Xạ trị cũng có liên quan đến điểm trung bình chung của thang đo MOS-SSS. Ngoài ra, kết quả còn cho thấy bệnh nhân sống ở thành thị có điểm trung bình về sự cảm thông, chia sẻ thông tin cao hơn so với nhóm bệnh nhân ở nông thôn. Điều đó có lẽ do tiếp cận nguồn thông tin khác nhau ở 2 khu vực địa lý này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy sự hỗ trợ xã hội có mối liên quan có ý nghĩa với quá trình điều trị của bệnh nhân. Điểm trung bình chung theo thang đo MOS-SSS là 71,04 ± 17,28 trong đó cao nhất là nhóm hỗ trợ vật chất và thấp nhất là nhóm về sự cảm thông chia sẻ thông tin.

Sự hỗ trợ xã hội có liên quan ý nghĩa với quá trình điều trị của bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân có điều trị hóa chất, y học cổ truyền và xạ trị. Tình trạng hôn nhân là yếu tố liên quan có ý nghĩa với cả 4 khía cạnh được đánh giá về sự hỗ trợ xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A, (2018),** "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians", pp 68(6): 394-424.
2. **Costa ALS, Heitkemper MM, Alencar GP, Damiani LP, Silva RMd, Jarrett ME, (2017),** "Social Support Is a Predictor of Lower Stress and Higher Quality of Life and Resilience in Brazilian Patients With Colorectal Cancer. Cancer nursing", pp 40(5):352-60 .
3. **Edge S, Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F., Trotti, A. (Eds.), (2010),** "AJCC Cancer staging manual, seventh edition 2010".
4. **Forsythe LP, lfano CM, Kent EE, Weaver KE, Bellizzi K, Arora N, et a . (2014),** "Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. Psycho-Oncology", pp23(7):788-96 .
5. **Haviland J, Sodergren S, Calman L, Corner J, Din A, Fenlon D, et al . (2017),** "Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health-related quality of life: Results from the UK ColoREctal Wellbeing (CREW) cohort study. Psychooncology", pp 26(12):2276-84.
6. **Khuong LQ, Vu TT, Huynh VN, Thai TT,(2018),** "Psychometric properties of the medical outcomes study: social support survey among methadone maintenance patients in Ho Chi Minh City, Vietnam: a validation study. Substance abuse treatment, prevention, and policy",13(1):8 .
7. **Salibasic M, Pusina S, Bicakcic E, Pasic A, Gavric I, Kulovic E, et al, (2019),** "Colorectal Cancer Surgical Treatment, our Experience. Med Arch", pp 73(6):412-4.
8. **Sherbourne CD, Stewart AL (1991),** "The MOS social support survey. Soc Sci Med" pp32(6):705-14 .

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CẬN THỊ, LOẠN THỊ BẰNG KÍNH FARGO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Tất Thắng*, Trịnh Thị Hà*, Nguyễn Thùy Dung*, Nguyễn Văn Nam*, Võ Thị Thúy Hằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị cận thị, loạn thị bằng kính tiếp xúc cứng thấm khí Fargo**.** Nhận xét một số biến chứng sau khi điều trị.**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng và không có nhóm chứng, được tiến hành trên 66 mắt của 33 bệnh nhân cận thị được điều trị bằng đeo kính tiếp xúc thấm khí Fargo tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1/2019 – tháng 10/2019.**Kết quả:** 100% bệnh nhân có thị lực không chỉnh kính (UCVA) ≥ 20/25. Sau 3 tháng điều trị, độ cận giảm từ --3,45±1,54D chỉ còn -0,25D±0,60D và trong tuần đầu có 52 mắt cảm thấy cộm mắt nhưng sau 3 tháng 100% không còn cảm giác cộm mắt nữa. **Kết luận:** Phương pháp chỉnh hình giác mạc bằng kính tiếp xúc cứng thấm khí Fargo đeo qua đêm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị cận thị, loạn thi. Không thấy biến chứng gì tại thời điểm sau điều trị 3 tháng.

Từ khóa: Cận thị, Fargo

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF FARGO ON MYOPIA, ATSTIGMATISM IN THE FRIENDSHIP GENERAL NGHE AN HOSPITAL

Objectives: to preliminarily evaluate the safety and effectiveness of Corneal Refractive Therapy with Fargo rigid gas permeable contact lenses in the treatment of myopia. **Subjectvives and methods**: This is a prospective, non-comparative study of Fargo in the treatment of myopia and myopic astigmatism in 33 patients (66 eyes). uncorrected visual acuity (UCVA), refraction, K readings, corneal topography were measured at baseline, 1 day, 1 week, 1 month and 3 months after treatment. **Results**: Sixrty six eyes (100%) achieved UCVA 20/25 or better after 3 months. No eyes lost lines of BCVA (best corrected visual acuity, while six eyes gained 1 line of BCVA and two eyes gained 2 line of BCVA. The mean spherical equivalent was (SE) -3,45±1,54D (from -0,75D -to 6,25D). at baseline; -0.55 ± 0.36D (0.45 to -3.75D) at 1 week; -0.34 ± 0.26D (0,28 to -1.50D); and -0.25 ± 0.21D (0,24 to -0,86D) at 3 months post-treatment. Sixrty six eyes (100%) achieved ±0.25D of intended refractive correction. All patients are safesty of method. They are tolerated well with the lenses and no corneal damage was noticed. **Conclusion**: Our results suggest that orthokeratology Fargo is a highly effective and safe treatment for correcting visual acuity in myopic and astigmatic patients.

Keywords: FARGO, myopia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tổ chức y tế thế giới ước tính có khoảng 333 triệu người trên thế giới bị mù hoặc khuyết tật về thị giác. Gần 1 nửa trong

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng
Email: thangmatna@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

số này (154 triệu) đang bị cận thị nhưng chưa được điều trị, trong đó có hơn 13 triệu là trẻ em [1]. Sự phổ biến của cận thị được ước tính vào khoảng 20% và 50% ở người lớn tuổi của châu Âu và Hoa Kỳ, trong khi ở các nước châu Á là 60-90% người trưởng thành trẻ tuổi. Việt Nam là một trong các nước có nguy cơ mắc bệnh cao, đặc biệt là ở lứa tuổi học sinh nhất là ở các thành thị. Theo báo cáo về công tác phòng chống mù lòa năm 2014 của Đỗ Như Hơn, cho thấy tỷ lệ mắc cận thị chiếm khoảng 40% - 50% ở học sinh thành phố và 10% - 15% học sinh nông thôn [2]. Cận thị là một yếu tố nguyên nhân nền cho bong võng mạc, thoái hóa điểm vàng và tăng nhãn áp, có thể góp phần giảm thị lực và cuối cùng gây nên mù lòa. Tổ chức y tế Thế giới xác định cận thị là một trong năm nguyên nhân hàng đầu gây mù và khiếm thị trên thế giới. Vì vậy, ngăn ngừa hoặc làm chậm sự tiến triển của cận thị có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng đáng chú ý. Trong những năm gần đây, tác dụng của kính tiếp xúc cứng thấm khí orthokeratology qua đêm (OK) để điều trị cận thị và làm chậm sự tiến triển của cận thị đã được công nhận. Hiệu quả của OK để kiểm soát cận thị hiện nay đã được chứng minh trong một số nghiên cứu khác nhau ở nước ngoài nhưng ở Việt nam còn rất ít nghiên cứu về phương pháp này [3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị cận thị, loạn thị bằng kính tiếp xúc cứng thấm khí Fargo và nhận xét một số biến chứng sau khi điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng:

66 mắt của 33 bệnh nhân cận thị được điều trị đeo kính tiếp xúc thấm khí Fargo điều trị cận thị từ tháng 1/2019 – tháng 10/2019 tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có độ cận < -6D và loạn thị < -1.75D
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang bị viêm nhiễm tại mắt
- Khô mắt nặng
- Dị ứng với thuốc bảo quản kính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân:

Đặc điểm bệnh nhân		n	%
Giới tính	Nam	19	57,58
	Nữ	14	42,42
Tuổi	06-22T	24	72,73
	>22T	09	27,27
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	24	72,73
	Văn phòng	09	27,27

Tất cả 33 bệnh nhân (66 mắt) trong đó có 19 BN nam chiếm 57,58% và 14 BN nữ chiếm 42,42% đều hoàn thành thời gian theo dõi 3 tháng. Có 24 BN độ tuổi từ 06-22T chiếm 72,73%, có 09 BN tuổi >22T chiếm 27,27%. Độ cầu tương đương (SE) -3,45 ± 1,57D (từ -0,75D đến -6,50D). TL chưa chỉnh kính (UCVA): 0,13 ± 0,1 và TL chỉnh kính tối đa (BCVA): 0,96 ±0,14

Tỷ lệ cận thị hiện nay tương đối cao và ngày một gia tăng ở độ tuổi học sinh và người trẻ tuổi [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 100% BN chiếm có độ tuổi <30T. Ảnh hưởng không ít đến bệnh nhân trong cuộc sống hàng ngày và nền kinh tế của xã hội. Vì vậy mà đã có rất nhiều phương pháp được áp dụng để điều trị cận thị như đeo kính gọng, kính tiếp xúc truyền thống và phẫu thuật[5]. Nhưng các phương pháp đó đều có những nhược điểm như kính gọng và kính tiếp xúc truyền thống làm hạn chế trong chơi thể thao, dễ viêm nhiễm, phương pháp phẫu thuật thì không phải lứa tuổi nào cũng có chỉ định và còn có các biến chứng trong và sau mổ [6]. Phương pháp này cũng giống như phẫu thuật khúc xạ là chỉnh hình lại giác mạc để điều trị cận thị nhưng khác với phẫu thuật là không can thiệp vào tổ chức giác mạc nên cũng tránh được những biến chứng hay gặp của phẫu thuật [7].

3.2. Kết quả sau điều trị:

3.2.1. Thị Lực

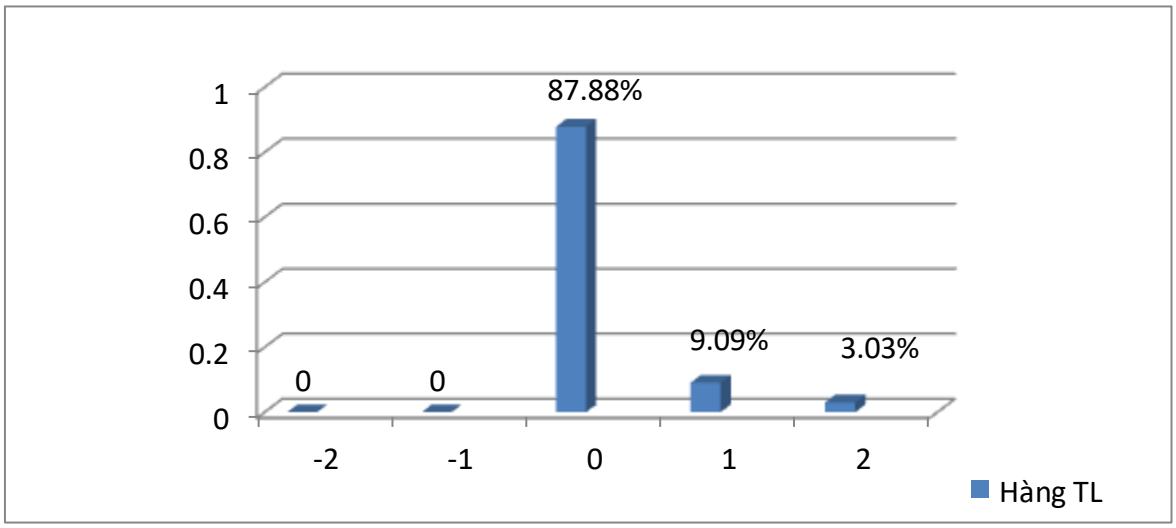
Bảng 1. Thị lực không chỉnh kính (UCVA) tại các thời điểm theo dõi

Thị lực	**Sau điều trị**					
	1 tuần		1 tháng		3 tháng	
20/40	4	6,06%	0		0	
20/30	7	10,61%	4	6,06%	0	
20/25	10	15,15%	8	12,12%	8	12,12%
20/20	44	66,67%	52	78,79%	56	84,85%
20/16	1	1,52%	2	3,03%	2	3,03%
Tổng	66	100%	66	100%	66	100%

Thị lực không chỉnh kính (UCVA) tăng rất nhiều tại các thời điểm nghiên cứu. Tại thời điểm sau điều trị 1 tuần, thị lực ≥ 20/25 có 55 BN chiếm 83,34%. Tại thời điểm 3 tháng 100% bệnh nhân có thị lực ≥ 20/25.

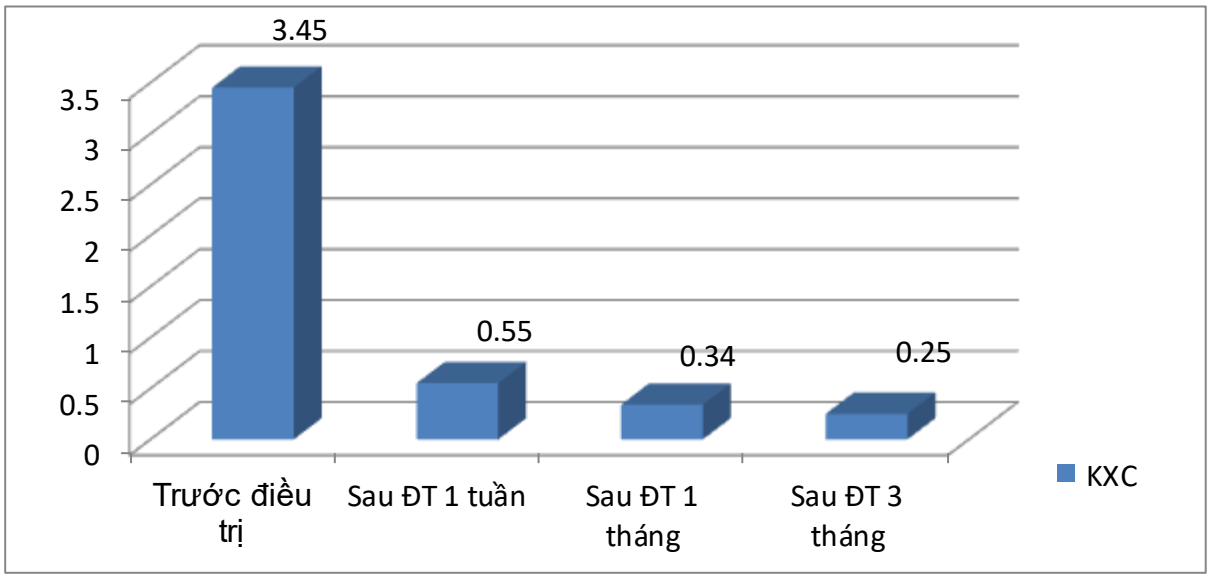
Sau 3 tháng điều trị, không có bệnh nhân nào mất hàng thị lực, có 06 mắt tăng thêm 1 hàng và 2 mắt tăng thêm 2 hàng.

Thị lực sau điều trị đạt kết quả khá tốt, sau 3 tháng điều trị 100% bệnh nhân đạt thị lực không chỉnh kính ≥ 20/25, với thị lực này bệnh nhân hài lòng vì không cần phải mang kính gọng hay kính tiếp xúc ban ngày nữa. Điều này nói lên tính hiệu quả của phương pháp tương đối cao, tương tự kết quả của các tác giả Soni PS (2003), Nichols JJ **(**2000) [8],[9]. Hơn nữa, sau 3 tháng điều trị không có bệnh nhân nào mất hàng thị lực tối đa mà có 87,88% mắt không thay đổi và 06 mắt tăng hàng thị lực tối đa. Điều này nói lên tính an toàn của phương pháp rất cao. Với kết quả phục hồi thị lực khá tốt, khúc xạ được điều chỉnh hiệu quả, chúng tôi cho rằng phương pháp điều trị cận thị bằng kính tiếp xúc cứng FARGO qua đêm là phương pháp an toàn và hiệu quả.



Biểu đồ 1. Số hàng thị lực tối đa tăng giảm tại thời điểm 3 tháng

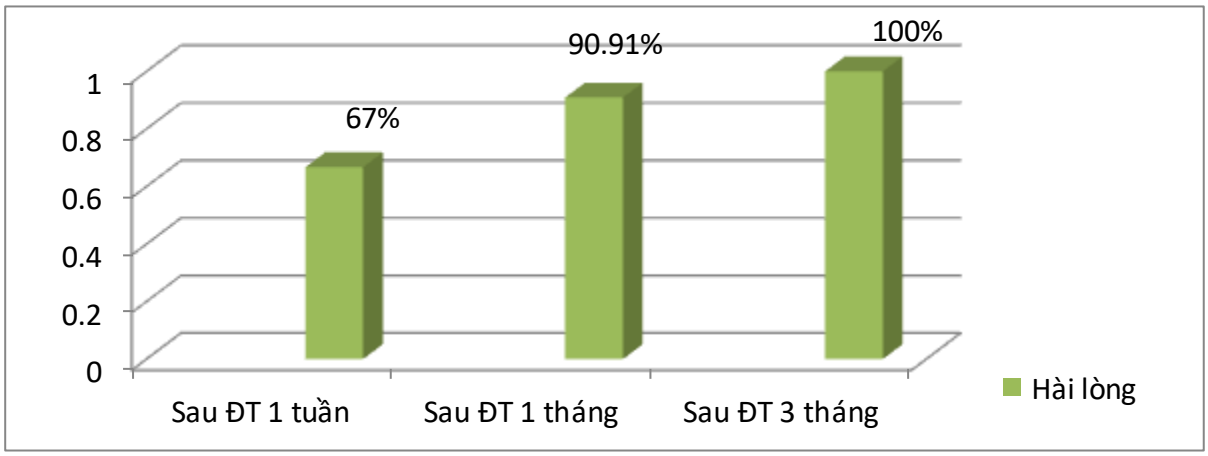
3.2.2. Khúc xạ



Biểu đồ 2. Khúc xạ tại các thời điểm nghiên cứu

Qua biểu đồ 2 cho thấy khúc xạ trước điều trị là -3,45±1,54D (từ -0,75D đến -6,25D). Độ cận giảm nhiều tại các thời điểm nghiên cứu và sau 3 tháng điều trị độ cận chỉ còn -0,25D. Kết quả này cũng tương tự như một số tác giả trong nước và ngoài nước như Tôn Thị Kim Thanh (2014), Trần Anh Tuấn[10],[11] và Takahiro Hiraoka (2012)[3]. Với độ cận này, bệnh nhân gần như không phải mang kính buổi ngày vẫn nhìn rõ, điều này một lần nữa để bệnh nhân cũng như bác sỹ mạnh dạn hơn khi quyết định phương này điều trị cận thị đặc biệt là ở những bệnh nhân chưa thể điều trị bằng phương pháp phẫu thuật được như trẻ em.

3.2.3. Sự hài lòng của bệnh nhân



Biểu đồ 3. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau điều trị

Sau 3 tháng điều trị 100% bệnh nhân hài lòng với phương pháp và kết quả điều trị. Bởi vì sau gần 3 tháng điều trị bệnh nhân gần như bỏ kính hoàn toàn vào buổi ngày, có thể tham gia các trò chơi, thể thao mà từ trước đến nay là điều không thể.

3.3. Một số biến chứng sau điều trị

Bảng 2. Một số biến chứng

Biến chứng	Sau điều trị		
	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Cộm mắt	52	4	0
Khô mắt	0	0	0
Viêm giác mạc	2	0	0
Loét giác mạc	0	0	0

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối trẻ nên việc tháo lắp kính và bảo quản kính được thực hiện khá tốt vì vậy mà hạn chế được các biến chứng viêm nhiễm. Tính an toàn còn được thể hiện ở việc có rất ít biến chứng xảy ra trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp 2 mắt viêm giác mạc ở 1 tuần đầu, sau đó dừng đeo và điều trị khỏi ở tuần thứ 2 và cảm giác cộm mắt ở tuần đầu cũng khá cao, có đến 52 mắt (chiếm 78,79%), nhưng cũng chỉ ở thời gian đầu còn sau 3 tháng bệnh nhân cũng không còn cảm giác cộm mắt nữa. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với phương pháp điều trị chỉ có 68% nhưng đến 3 tháng đã quen dần với việc đeo kính và cảm giác cộm mắt cũng hết nên 100% bệnh nhân thấy hài lòng. Vì vậy trước khi điều trị cho bệnh nhân , bác sỹ nên giải thích rõ cho bệnh nhân những biến chứng có thể gặp.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp chỉnh hình giác mạc bằng kính tiếp xúc cứng thấm khí Fargo đeo qua đêm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị cận thị, loạn thi. Không thấy biến chứng gì tại thời điểm sau điều trị 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rudnicka A. R., Kapetanakis V. V., Wathern A. K. Logan N. S., et al (2016)**, "Global variations and time trends in the prevalence of childhood myopia, a systematic review and quantitative meta-analysis: implications for aetiology and early prevention",British Journal of Ophthalmology, 85(5), pp. 521-526
2. **Đỗ Như Hơn (2014),** "Công tác phòng chống mù lòa năm 2013-2014 và phương hướng hoạt động năm 2015", Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa toàn quốc 2014, Hà Nội, tr. 6-17.5.
3. **Takahiro Hiraoka, Tetsuhiko Kakita, Fumiki Okamoto, Hideto Takahashand Tetsuro Oshika (2012)** "Long-Term Effect of Overnight Orthokeratology on Axial Length Elongation in Childhood Myopia: A 5-Year Follow-Up Study" Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. vol. 53 no. 7 3913-3919.
4. **Javitt JC, Chiang YP** (1994). "The socioeconomic aspects of laser refractive surgery". Arch Ophthalmol. 112:1526–1530.
5. **Sveinsson K**.(1982) "The refraction of Icelanders". Acta Ophthalmol (Copenh). 1982;60:779–787
6. **Sperduto RD, Seigel D, Roberts J, Rowland M**.(1983) "Prevalence of myopia in the United States". Arch Ophthalmol.;101:405–407.
7. **Wang Q, Klein BE, Klein R, Moss** SE (1994) "Refractive status in the Beaver Dam Eye Study". Invest Ophthalmol Vis Sci;35:4344–4347.
8. **Soni PS, Nguyen TT, Bonanno JA**(2003). " Overnight orthokeratology: visual and corneal changes". Eye Contact Lens. 29:137–145.
9. **Nichols JJ, Marsich MM, Nguyen M, Barr JT, Bullimore MA(**2000). "Overnight orthokeratology". Optom Vis Sci. 77:252–259.
10. **Tôn Thị Kim Thanh, Lê Thị Thúy Quỳnh** (2014) "Kết quả bước đầu chỉnh hình giác mạc bằng kính FARGO" Kỷ yếu hội nghị nhãn khoa toàn quốc 2014. p.95
11. **Trần Anh Tuấn** (2014), "Đánh giá kết quả ban đầu về hiệu quả và tính an toàn của kính chỉnh hình giác mạc ban đêm trong điều trị cận thị và cận loạn thị". Kỷ yếu hội nghị nhãn khoa toàn quốc 2014. p.96

KHẢO SÁT TỶ LỆ NHIỄM, MỨC ĐỘ KHÁNG THUỐC KHÁNG NẤM CỦA CANDIDA SP. GÂY NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN (1/2019-12/2019)

Quế Anh Trâm[1], Bùi Tiến Hoàn[1], Nguyễn Thị Hoài Linh[2], Trần Anh Đào[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ nhiễm và mức độ đề kháng thuốc kháng nấm của Candida sp. phân lập được từ các bệnh phẩm nước tiểu tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các chủng Candida sp. gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ Candida sp. gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được chiếm 22,7% (117/515) trong tổng số chủng vi khuẩn, vi nấm phân lập được. Các tác nhân hàng đầu là Candida tropicalis (92; 78,63%), Candida albicans (15; 12,82%). Các chủng Candida sp. phân lập được chủ yếu từ các khoa Hồi sức tích cực. Tỉ lệ đề kháng của Candida sp. trong nhiễm nấm tiết niệu đối với Amphotericin B (1,1 – 6,7%), Fluconazole (0-10,1%). Chưa ghi nhận đề kháng với Flucytosine, Voriconazole, Micafungin và Caspofungin. **Kết luận:** Candida sp. là những tác nhân gây NTĐTN chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là tại các khoa Hồi sức tích cực. Tỷ lệ đề kháng Fluconazole đến 10,1%.

Từ khóa: Candida sp, Nhiễm trùng tiết niệu, Kháng thuốc kháng nấm.

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE RATE AND ANTIFUNGALS RESISTANCE OF CANDIDA SP. RELATED URINARY TRACT INFECTIONS ISOLATED AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL (1/2019 –12/2019)

Objectives: The study aims to determine the prevalence of infection and the antifungal resistance level of Candida sp. isolated from urine samples at Nghe An Friendship General Hospital. **Subjectives and methods:** The research objects were Candida sp. strains associated with urinary tract infections. The study design was descriptive and retrospective cross-sectional study. **Results** Among total bacteria and fungi isolates, the prevalence of Candida sp.- related urinary tract infections accounts for 22.7% (117/515). The common identified pathogens were Candida tropicalis (91; 78.63%) and Candida albicans (15; 12.82%). The majority of Candida sp.strains were isolated from Intensive Care Unit (ICU) department. 1.1% to 6.7% of Candida sp.- related urinary tract infections were resistant to Amphotericin B and 0 to 11% of those were resistant to Fluconazole. No resistance was found against Flucytosine, Voriconazole, Micafungin and Caspofungin. **Conclusions:** Candida sp. were factors that cause high rates of UTI, especially in ICU. Fluconazole resistance rate is 10.1%.

Keywords: Candida sp, Urinary Tract Infections, Resistance Antifungals

[1]*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An,*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Hà Giang*
Chịu trách nhiệm chính: Quế Anh Trâm
Email: tramlien@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường tiết niệu (NTĐTN) là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong cộng đồng. Đặc biệt, trong nhiễm trùng bệnh viện, nơi bệnh nhân có liên quan đến chăm sóc y tế [1, 2]. Bệnh gây ra những ảnh hưởng xấu đến tâm lý, sức khỏe người bệnh. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết và các diễn biến nặng nề khác.

Nhiễm trùng đường tiết niệu có thể do vi khuẩn, ký sinh trùng, vi nấm gây ra. Trong các tác nhân trên, vi khuẩn thường được quan tâm và nghiên cứu nhiều hơn cả. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, vi nấm được ghi nhận là một trong những tác nhân gây bệnh quan trọng và có sự gia tăng về số lượng [1, 3, 4]. Vi nấm là căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội, gây bệnh ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch, người lớn tuổi có tiền sử dùng thuốc kéo dài, những bệnh nhận điều trị bằng các liệu pháp nội khoa, ngoại khoa xâm lấn bao gồm dùng kháng sinh phổ rộng kéo dài, hóa chất và ghép tạng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và trong nước cho thấy nấm Candida sp phân lập được có mức độ kháng thuốc ngày càng gia tăng [1, 2, 5].

Việc chậm trễ trong điều trị do chờ kết quả kết nghiệm vi sinh làm kéo dài thời gian điều trị, ảnh hưởng đến kết quả điều trị, … Bên cạnh đó, tùy thuộc vào từng khu vực địa lý, thời điểm khác nhau mà tỷ lệ phân lập, mức độ đề kháng thuốc kháng nấm của các chủng Candida sp. có thể khác nhau.

Nhằm đóng góp thêm hiểu biết về tình hình hình nhiễm nấm Candida sp. tiết niệu, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, với mục tiêu: khảo sát tỷ lệ Candida sp. gây NTĐTN và mức độ đề kháng của các chủng Candida sp. phân lập được tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: Các chủng Candida sp. Gây NTĐTN phân lập được tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 1/2019 đến 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các chủng Candida sp. gây NTĐTN phân lập được**.**

Tiêu chuẩn loại trừ: Các mẫu ngoại nhiễm và vi khuẩn.

2.2. Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

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

2.2.2. Phương pháp nuôi cấy: Cấy đếm định lượng theo qui trình Nuôi cấy nước tiểu của Bộ Y tế.

2.2.3. Phương pháp định danh và kháng nấm đồ: Bằng hệ thống Vitek 02 compact, Hãng BioMerieux.

2.2.4. Cỡ mẫu: Tất cả các mẫu bệnh phẩm nước tiểu đạt tiêu chuẩn nhận mẫu theo quy định và trong khoảng thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu này.

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Whonet 5.6 (Quản lý dữ liệu kháng sinh đồ), Excel 2019.

2.3. Vấn đề y đức

Nghiên cứu này không can thiệp vào kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu này nhằm giúp quá trình chẩn đoán và điều trị NTĐTN do nấm tốt hơn. Bởi vậy, không cần thông qua hội đồng y đức bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

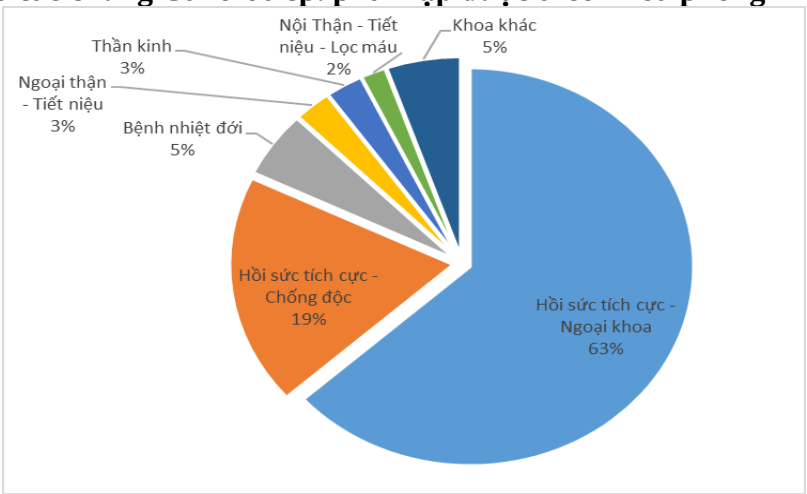
3.1. Các căn nguyên gây nhiễm trùng đường tiết niệu

Bảng 3.1. Các căn nguyên gây nhiễm trùng đường tiết niệu (n = 515)

STT	Vi khuẩn, nấm	n	%
1	Escherichia coli	162	31,5
2	**Candida sp.**	**117**	**22,7**
3	Pseudomonas aeruginosa	61	11,8
4	Klebsiella pneumoniae	40	7,8
5	Enterococcus faecalis	31	6,0
6	Acinetobacter baumannii	18	3,5
7	Proteus mirabilis	16	3,1
8	Enterococcus faecium	16	3,1
9	Enterobacter cloacae	9	1,7
10	Staphylococcus aureus	6	1,2
11	Morganella morganii	4	0,8
12	Khác	35	6,8
Tổng		**515**	**100**

Từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019, chúng tôi phân lập được 515 chủng vi sinh vật gây nhiễm trùng đường tiết niệu. Trong đó, Candida sp xếp thứ 2 các tác nhân gây bệnh sau E. coli (chiếm 31,5%) với 117 chủng, chiếm 22,7%.

3.2. Phân bố các chủng Candida sp. phân lập được theo khoa phòng



Biểu đồ 3.1. Phân bố các chủng Candida sp. gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập được theo khoa phòng (n = 117)

Các chủng Candida sp. gây bệnh phân lập được chủ yếu ở các khoa Hồi sức tích cực, với 82%.

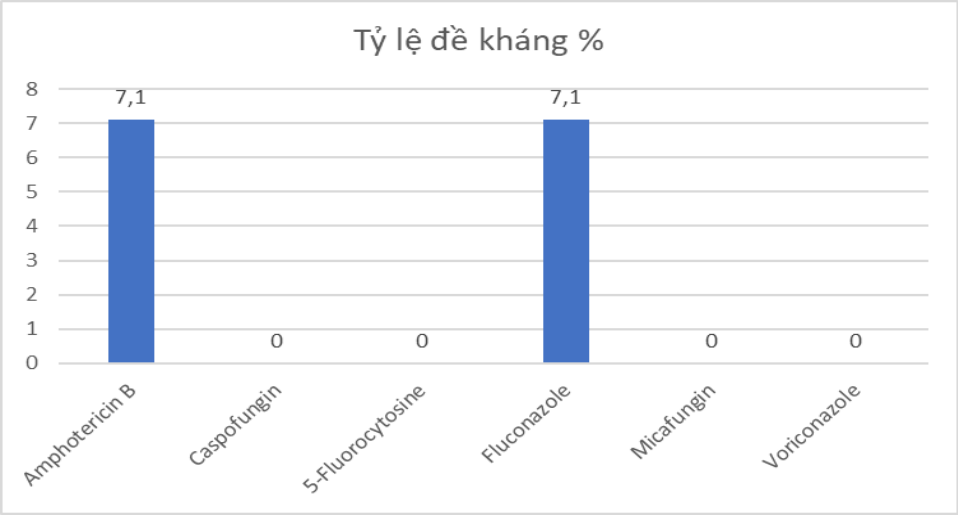
3.3. Căn nguyên Candidia sp. gây nhiễm trùng đường tiết niệu

Bảng 3.2. Căn nguyên Candidia sp. gây nhiễm trùng đường tiết niệu (n = 112)

STT	Loại vi nấm	n	%
1	Candida tropicalis	92	78,63
2	Candida albicans	15	12,82
3	Candida parapsilosis	3	2,56
4	Candida famata	2	1,71
5	Candida guilliermondii	2	1,71
6	Candida catenulata	1	0,85
7	Candida lusitaniae	1	0,85
8	Candida rugosa	1	0,85
Tổng		**117**	**100**

Trong các căn nguyên nấm, Candida tropicalis và Candida albicans là căn nguyên gây bệnh hàng đầu, chiếm hơn 90%. Trong đó, Candida tropicalis chiếm tỷ lệ cao nhất, với 78,63%. Xếp thứ 2 là Candida albicans với 15 chủng, chiếm 12,82%.

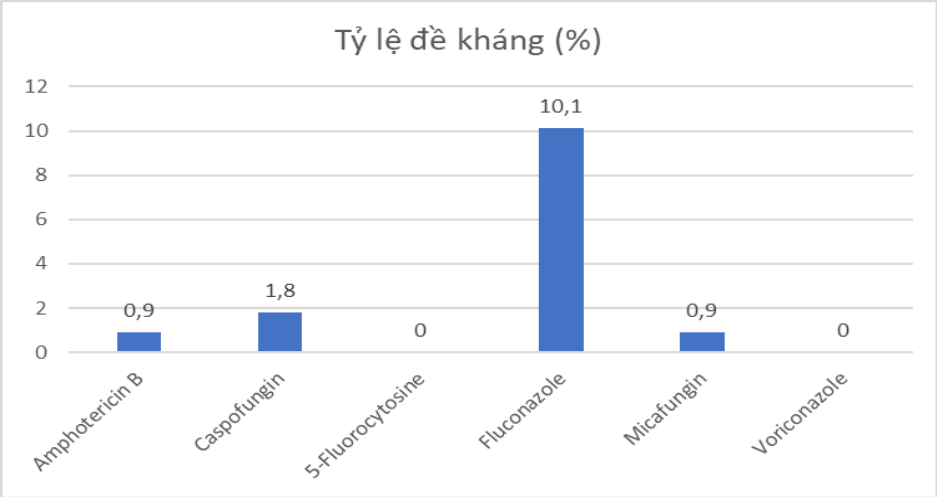
3.4. Mức độ đề kháng thuốc kháng nấm của các chủng Candida albicans (%)



Biểu đồ 3.2. Mức độ đề kháng thuốc kháng nấm của Candida albicans (n =15)

Các chủng Candida albicans phân lập được đã đề kháng Amphotericin B, Fluconazole với 7,1%. Chưa ghi nhận kháng Flucytosine Micafungin**,** Voriconazole và Caspofungin.

3.5. Mức độ đề kháng thuốc kháng nấm của các chủng Candida non-albicans (%)



Biểu đồ 3.3. Đề kháng thuốc kháng nấm của Candida non-albicans (n =102)

Các chủng Candida non-albicans phân lập được đã đề kháng Amphotericin B 0,9%. Đặc biệt, kháng Fluconazole tới 10,1%, Caspofungin 1,8%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ vi nấm Candida sp. phân lập được chiếm tỷ lệ cao (22,7%) trong các căn nguyên gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được (Bảng 3.1). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các vi khuẩn gây nhiễm trùng bệnh viện thường gặp như Klebsiella pneumoniae (7,8%), Pseudomonas aeruginosa (11,8%), Acinetobacter baumannii (3,5%). Kết quả này cho thấy nấm không chỉ là một căn nguyên quan trọng gây nhiễm trùng đường tiết niệu, mà đã trở thành một trong những căn nguyên chính gây nhiễm trùng cơ hội trong bệnh viện. Theo một nghiên cứu tại Ấn Độ, tỷ lệ Candida sp gây bệnh phân lập được chỉ 2,8% và xếp thứ 10 trong các tác nhân gây bệnh [6], thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (xếp thứ 2 với 22,7%).

Các chủng nấm gây bệnh chủ yếu được phân lập ở các khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Hồi sức tích cực – Ngoại khoa (Biểu đồ 3.1). Đây là các khoa mà các bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm nấm như bệnh lý nền nặng, sử dụng nhiều loại kháng sinh, đặt catheter, nuôi dưỡng tĩnh mạch, đã phẫu thuật trước đó hoặc các bệnh lý ác tính. Tại đây, Candida sp. đang nổi lên là căn nguyên hàng đầu gây nhiễm trùng đường tiết niệu, chiếm tới 22,7% tổng số vi khuẩn, vi nấm gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được. Theo một nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ, Candida sp. dẫn đầu các căn nguyên gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được ở bệnh nhân đặt catheter (34,7%), nhiều hơn cả E. coli (20,6%) [7]. Điều này cho thấy, Candida sp là căn nguyên gây nhiễm trùng đường tiết niệu tại các khoa Hồi sức tích cực đang trở thành xu hướng ở nhiều nơi trên thế giới.

Candida albicans là vi nấm gây nhiễm trùng đường tiết niệu quan trọng. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, đây là vi nấm được phân lập chiếm tỷ lệ cao. Theo một nghiên cứu tại Iran, Candida albicans chiếm tỷ lệ

cao nhất trong các vi nấm gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được với 33,3% [8]. Một nghiên cứu khác tại Nhật Bản, Candida albicans chiếm tới 58,5% (năm 2011) trong tổng số các Candida sp. gây nhiễm trùng đường tiết niệu phân lập được [3]. Theo một nghiên cứu tại Brazil, Candida albicans cũng dẫn đầu các tác nhân Candida sp. gây nhiễm trùng đường tiết niệu với tỷ lệ 39,6% [9]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi Candida albicans xếp thứ 2 trong các tác nhân Candida sp. gây bệnh phân lập được, với 12,82% (n=15) (bảng 2). Một nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy (2019), Candida albicans xếp thứ 2: 35,3% (n=41) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Candida tropicalis đứng đầu các căn nguyên Candida sp. phân lập được, với 78,63% (n=92). Nghiên cứu của Trương Thiên Phú tại bệnh viện Chợ Rẫy cũng cho thấy Candida tropicalis là căn nguyên phổ biến nhất (n=43, 37,1%) [4]. Tuy nhiên, ở các nghiên cứu khác, Candida tropicalis xếp thứ 2 tại Brazil (31,1%) [9], xếp thứ 2 tại Thổ Nhĩ Kỳ (n=7) [7], xếp thứ 4 tại Nhật Bản (8,3%) [3]. Các căn nguyên Candida non-albicans khác như Candida glabrata, Candida parapsilosis chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy (17%) [4], cũng như các nghiên cứu khác trên thế giới [3, 7, 9]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng chiếm tỷ lệ rất thấp (0,89 – 1,79%). Điều này có thể do có sự khác biệt về mặt dịch tễ học.

Sự đề kháng thuốc kháng nấm ngày càng đáng lo ngại. Trong nghiên cứu này, các chủng Candida albicans đã đề kháng 7,1% với Amphotericin B, Fluconazole (Biểu đồ 3.2), thấp hơn nghiên cứu của Trương Thiên Phú (kháng Amphotericin B 12,2%) [4]. Tuy nhiên, chúng tôi chưa ghi nhận sự đề kháng các thuốc kháng nấm khác được thử nghiệm, nghiên cứu của Trương Thiên Phú cũng cho kết quả tương tự [4]. Theo một nghiên cứu tại Brazil, chưa ghi nhận đề kháng Amphotericin B, Fluconazole, Voriconazole [9], còn theo một nghiên cứu khác tại Nhật Bản, ghi nhận sự đề kháng Fluconazole là 3,8% (nhạy 96,2%) [3].

Candida non-albicans chiếm tỷ lệ phân lập cao nhất trong các chủng Candida sp. gây bệnh phân lập được. Các chủng này đã kháng Amphotericin B thấp, với tỷ lệ 0,9%. Theo nghiên cứu của Gláucia Moreira Espíndola Lima chưa phát hiện đề kháng kháng sinh này của các chủng Candida non-albicans [9]. Tuy nhiên, theo Trương Thiên Phú, có 5% Candida glabrata kháng Amphotericin B. Fluconazole là thuốc kháng nấm được sử dụng phổ biến trong lâm sàng, điều này có thể dẫn đến sự gia tăng đề kháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các chủng Candida non-albicans kháng với thuốc này đến 10,1% (Biểu đồ 3.3). Theo nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy, có 9,3% chủng Candida tropicalis kháng với thuốc kháng nấm này [4]. Các nghiên cứu tại Brazil, chưa thấy xuất hiện chủng đề kháng với Fluconazole [9]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Kayo Osawa tại Nhật Bản, nhận thấy mức độ đề kháng lên tới gần 85% (nhạy 15,2%) [3], cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Các chủng Candida non-albicans chưa đề kháng với các thuốc Caspofungin, Flucytosine, Micafungin, Voriconazole. Điều này có thể do bệnh viện chúng tôi chưa đưa vào sử dụng các thuốc kháng nấm trên.

V. KẾT LUẬN

Các chủng vi nấm Candida sp. là những tác nhân gây NTĐTN chiếm tỷ cao, đặc biệt là tại các khoa Hồi sức tích cực. Các chủng vi nấm này đã đề kháng với Fluconazole với tỷ lệ đến 10,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Payam Behzadi, Elham Behzadi và Reza Ranjbar (2015)**, "Urinary tract infections and Candida albicans", Central European journal of urology. 68(1), tr. 96.
2. **Javier Pemán và Alba Ruiz-Gaitán (2018),** Candidemia from urinary tract source: the challenge of candiduria, chủ biên, Taylor & Francis.
3. **Kayo Osawa và các cộng sự. (2013),** "Candida urinary tract infection and Candida species susceptibilities to antifungal agents", The Journal of antibiotics. 66(11), tr. 651.
4. **Trương Thiên Phú và các cộng sự. (2019),** "Tình hình đề kháng thuốc kháng nấm của các loài candida spp. Gây nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn tiết niệu", Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. Số đặc biệt, tr. 2.
5. **Felix Bongomin và các cộng sự. (2017),** "Global and multi-national prevalence of fungal diseases—estimate precision", Journal of fungi. 3(4), tr. 57.
6. **Sedevi Angami và các cộng sự. (2015),** "Urinary tract infection, its causative microorganism and antibiotic susceptibility in Nagaland", Archives of Medicine and Health Sciences. 3(1), tr. 40.
7. **Derya Keten và các cộng sự. (2014),** "Catheter-associated urinary tract infections in intensive care units at a university hospital in Turkey", Bosnian journal of basic medical sciences. 14(4), tr. 227.
8. **Amin Gharanfoli và các cộng sự. (2019)**, "Isolation, characterization, and molecular identification of Candida species from urinary tract infections", Current Medical Mycology. 5(2), tr. 33.
9. **Gláucia Moreira Espíndola Lima và các cộng sự. (2017),** "Identification and antifungal susceptibility of Candida species isolated from the urine of patients in a university hospital in Brazil", Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo. 59.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÔNG ĐIỆN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Quốc Mạnh[1], Chu Thị Kim Anh[2], Phan Quang Trung[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cầm máu mũi bằng phương pháp đông điện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 38 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2019-2020. **Kết quả:** Chảy máu mũi (CMM) thường gặp lứa tuổi hay gặp là > 30 tuổi chiếm 86,8%. CMM gặp nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 4/1. Vị trí CMM trên nội soi các điểm chảy máu có nguồn gốc từ cuốn giữa, ngách mũi giữa (31,6%) và từ vách ngăn (36,8%). CMM mất máu mức độ nhẹ chiếm 94,7%, mất máu mức độ trung bình chiếm 5,3%. Phương pháp nội soi đông điện cầm máu thực hiện trên 38 bệnh nhân (BN) trong đó 35/38 BN cầm máu tốt (chiếm 92.1%), có 3 BN (chiếm 7,9%) chảy máu rỉ rả sau phẫu thuật được nhét merocel cầm máu thêm. **Kết luận**: Phương pháp nội soi đông điện cầm máu có tỷ lệ thành công cao, đem lại hiệu quả điều trị nhờ vào việc xác định đúng vị trí chảy máu mũi.

Từ khóa: Chảy máu mũi, đông điện

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOMES OF EPITAXIS TREATED BY ELECTROCAUTERY AT NGHE AN FRIENSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe clinical and subclinical features and evaluate the results of epistaxis by endoscopic surgery with electrocautery. **Subjects and methods:** A cross sectional descriptive study of 38 patients undergoing electrocautery at Nghe An General Friendship Hospital in 2019-2020. **Results:** Common age group was > 30 years old, accounting for 86.8%. The rate of male/female was 4/1. The position on endoscopy bleeding points originate from the medial, medial nasal axillary (31.6%) and from the septum (36.8%). Epitaxies with mild blood loss accounted for 94.7%, and moderate blood loss was 5.3%. Endoscopy with electrocautery was performed on 38 patients of which 35/38 patients with good results (92.1%), 3 patients (7.9%) had bleeding after surgery and required merocele insertion to stop bleeding further. **Conclusions**: Endoscopy with electrocautery has a high success rate, providing therapeutic effect thanks to the correct location of nosebleeds.

Key words: epistaxis, electrocautery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

CMM là một cấp cứu thường gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng với nhiều mức độ và có nhiều nguyên nhân khác nhau, cần được xử trí ngay để tránh tình trạng shock,

[1]*Trường Đại học Y khoa Vinh,*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An,*
[3]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Mạnh
Email: tranmanh06121995@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

mất máu đe dọa tính mạng. CMM phân bố theo độ tuổi, giới, mùa... nam giới có nhiều khả năng gặp hơn nữ [1]. Tần suất gặp một lần CMM trong suốt cuộc đời của họ được y văn thế giới báo cáo khoảng hơn 60% trong dân số, nhưng trong số đó chỉ có khoảng 6% cần chăm sóc y tế [2], [3]. Mức độ trầm trọng của CMM tùy thuộc vào nguyên nhân, vị trí chảy máu. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ đáng kể về y học, các trường hợp CMM vẫn thường xảy ra trong tình trạng cấp cứu, đột ngột... Ở Nghệ An từ trước tới nay vấn đề CMM cũng đã được đề cập nhưng việc xử trí còn gặp những khó khăn, phức tạp. Hiện nay, kỹ thuật nội soi mũi xoang để đông điện cầm máu đã và đang được ứng dụng, phát triển ở Nghệ An, vì vậy chúng tôi đã tiến hành đề tài: *"Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cầm máu mũi bằng phương pháp đông điện tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 9/2019 - 5/2020".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh

+ Những BN được chẩn đoán CMM đã được thực hiện cầm máu mũi bằng phương pháp nội soi đông điện.

+ Tuổi > 15, độ tuổi này hốc mũi đã ổn định về mặt hình thể kích thước như người lớn, do điều kiện không có ống hút đông điện cỡ nhỏ dùng cho trẻ em tại viện, mà thủ thuật lại tiến hành cùng một lúc vừa ống hút đông điện vừa ống nội soi trong hốc mũi nên rất khó làm trong hốc mũi nhỏ.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh

+ Những BN CMM mà vị trí chảy máu ngoài tầm kiểm soát của nội soi.

+ Những BN có tình trạng bệnh về nội khoa nặng không cho phép tiến hành đông điện cầm máu qua nội soi sẽ nguy hiểm đến tính mạng BN trong và sau phẫu thuật.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9 /2019 - 5 /2020.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa TMH - BV Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu có phân tích.

- Cỡ mẫu: Chọn 38 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An vào nghiên cứu.

2.4 Các phân loại, đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

Phân loại mức độ CMM

- CMM nhẹ

Chảy máu ít, tự cầm, ít ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân. Thường chảy máu ở điểm mạch.

Tỷ lệ Hemoglobin (Hb) > 90g/l.

- CMM vừa

Chảy máu đỏ tươi thành dòng tràn ra cửa mũi trước hoặc chảy xuống họng, BN nhổ ra từng ngụm, toàn trạng có bị ảnh hưởng nhưng không nhiều.

Xét nghiệm: 70 g/l ≤ Hb ≤ 90 g/l.

- CMM nặng

BN hốt hoảng, kích thích, vã mồ hôi, mặt tái xanh.

Mạch nhanh, huyết áp hạ.

Số lượng hồng cầu (SLHC), Hematocrit (Hct), Hb giảm.

Tỷ lệ Hb < 70g/l.

Thường do vỡ các động mạch lớn, mức độ mất máu nhiều, chảy máu ồ ạt, hoặc chảy máu vừa tái diễn nhiều lần làm ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân.

2.5. Phương pháp và xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi

CMM chủ yếu gặp người trên 30 - 49 tuổi, có 15 BN chiếm tỷ lệ 39,5%, tỷ lệ người trên 30 tuổi chiếm 86,8%.

3.1.2. Giới tính

Số bệnh nhân nam gặp 29 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,3%. Nữ gặp 9 trường hợp chiếm tỷ lệ 23,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 4/1.

3.1.3. Vị trí CMM

Bảng 3.1. Ví trị CMM

Vị trí	Động mạch bướm khẩu cái	Cuốn giữa khe giữa	Cuốn dưới khe dưới	Động mạch sàng trước, sau	Vách ngăn	Tổng
n	3	12	4	5	14	38
Tỷ lệ %	7,9	31,6	10,5	13,2	36,8	100,0

Nhận xét: Gặp nhiều nhất là chảy máu mũi từ vách ngăn chiếm 36,8%. Điểm chảy máu có nguồn gốc từ cuốn giữa hoặc ngách giữa phát hiện trên 12 BN, chiếm tỉ lệ là 31,6%.

3.1.4. Nguyên nhân CMM

Bảng 3.2. Nguyên nhân CMM

Bệnh lý	n	Tỷ lệ %
Tim mạch, cao huyết áp	14	36,8
Gan thận	2	5,3
Nghiện rượu	2	5,3
Sau chấn thương	1	2,6
Bệnh hốc mũi	1	2,6
Không rõ nguyên nhân	18	47,4
Tổng	**38**	**100,0**

Nhận xét: Không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm tỷ lệ 47,4%. Do cao huyết áp chiếm tỷ lệ 36,8%. Có 2 trường hợp BN có tiền sử bệnh gan thận, chiếm tỷ lệ 5,6 % và 2 trường hợp BN có tiền sử nghiện rượu, chiếm tỷ lệ 5,6%.

3.1.5. Mức độ mất máu

Bảng 3.3. Mức độ mất máu

Mức độ mất máu	Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng
n	36	2	0	38
Tỷ lê %	94,7	5,3	0	100,0

Nhận xét: CMM ít ảnh hưởng đến toàn trạng BN, gặp 36 trường hợp chiếm 94,7%.

CMM mức độ vừa gặp 2 trường hợp chiếm 5,3%.

3.2. Điều trị

3.2.1. Số lần nội soi đông điện cầm máu

Đa số BN tiến hành thủ thuật nội soi cầm máu mũi 1 lần chiếm tỷ lệ 94,7%, đông điện cầm máu 2 lần là 5,3% và không có trường hợp phải cầm máu 3 lần.

3.2.2. Kết quả

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả phương pháp đông điện cầm máu

Kết quả	Tốt	Khá	Thất bại	Tổng
n	35	3	0	38
Tỷ lệ %	92,1	7,8	0	100,0

Nhận xét: BN tiến hành thủ thuật nội soi cầm máu mũi có kết quả tốt chiếm tỷ lệ 92,1%. Có 7,8% cần phải nhét thêm merocel tăng cường.

3.2.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Đông điện CMM hầu như không gây biến chứng, sau thủ thuật này có 1 trường hợp chảy máu mũi tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi CMM chủ yếu gặp là trên 30 tuổi chiếm 86,8%. Tỷ lệ BN ở độ tuổi 30 - 49 cao chiếm 39,5%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Võ Thanh Quang [4] (30-49 tuổi) tỷ lệ này là 40,2%, một số tác giả khác như Phạm Quang Hoài [5] (độ tuổi 30 - 49 tuổi) là 36%, trên 30 tuổi chiếm tỷ lệ 80%.

4.1.2. Giới tính

Qua thống kê ở bảng 3.2 chúng tôi thấy trong 38 ca CMM ở nam có 29 ca chiếm tỷ lệ 76,3%, ở nữ có 9 ca chiếm tỷ lệ 23,1% như vậy tỷ lệ nam/nữ khoảng 4/1, có sự chênh lệch rõ rệt trong bệnh lý CMM giữa 2 giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả trong và ngoài nước như Phạm Quang Hoài [5] thì tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1, Bùi Thái Vi [6] thì tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1, theo số liệu của Frikart L. tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [7].

4.1.3. Vị trí CMM trên nội soi

Tỉ lệ gặp điểm CMM trên nội soi có nguồn gốc từ động mạch bướm khẩu cái là 7,9%; từ cuốn giữa, ngách giữa là 31,6%; từ cuốn dưới, ngách dưới 10,5%; từ động mạch sàng trước, sàng sau 13,2%; vách ngăn 36,8%. Có thể nhận thấy được những vị trí hay chảy máu nhất quan sát thấy trên nội soi đó là từ cuốn giữa, khe giữa và vách ngăn.

4.1.4. Nguyên nhân

CMM không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 47,4%. Kết quả của chúng tôi so sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Phạm Quang Hoài [5] là 37,5%, Bùi Thái Vi [6] là 57%.

Nhóm nguyên nhân huyết áp cao chiếm tỷ lệ 36,8%. Tăng huyết áp được cho là một nguyên nhân gây chảy máu mũi do tăng áp lực máu đột ngột trong tình trạng mạch máu xơ vữa, lão hóa nên tính chất co giãn mềm mại của thành mạch bị giảm đi không đáp ứng được sự thay đổi nhanh về huyết động học của dòng chảy gây chảy máu.

Nhóm nguyên nhân do nghiện rượu chiếm 5,3% phù hợp với một số tác giả trong nước như của Phạm Quang Hoài [5] là 6,82%, khác biệt với tác giả Frikart L [7] là 18,6%. Sự khác biệt này có thể lý giải là do lối sống phương tây có nhiều người nghiện rượu hơn ở Việt Nam.

Nhóm nguyên nhân xơ gan chiếm tỉ lệ 5,3% tương đồng với Phạm Quang Hoài [5] là 6%. Nguyên nhân gây chảy máu mũi ở nhóm BN này có thể liên quan đến vấn đề suy giảm chức năng gan dẫn đến rối loạn đông máu do giảm các yếu tố đông máu.

Nhóm nguyên nhân do bệnh hốc mũi chiếm 2,6% trong đó viêm mũi xoang là nguyên nhân thường gặp nhất. CMM có thể do kích thích niêm mạc bởi sự viêm nhiễm hoặc khả năng bản thân có cơ địa dị ứng giúp phần gây rối loạn sự cầm máu.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấy hầu hết BN CMM mất máu mức độ nhẹ chiếm 94,7%, ít ảnh hưởng tới toàn trạng BN. Mất máu mức độ trung bình chiếm 5,3%.

So sánh với kết quả của các tác giả khác tỷ lệ mất máu nhẹ của chúng tôi cao hơn hẳn. Tỉ lệ BN thiếu máu trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 5,3% có khác biệt so với các tác giả trong và ngoài nước như Bùi Đức Nghĩa [8] tỷ lệ này là 17,8%, của Phạm Quang Hoài [5] là 33,6%.

Sự khác biệt này có thể do hiện nay thiết bị y tế hiện đại, trình độ y học tiên tiến nên việc điều trị sớm và ứng dụng phương pháp điều trị mới đạt kết quả cao ít ảnh hưởng tới sức khỏe BN.

4.3. Điều trị

4.3.1. Kết quả điều trị bằng phương pháp nội soi cầm máu

Có 92.1% BN cầm máu tốt, CMM được cầm máu hoàn toàn, không bị chảy máu tái phát trong thời gian nằm tại viện, không xảy ra các biến chứng do đông điện như thủng vách ngăn, hoại tử niêm mạc hốc mũi...

Có 7.9% BN sau 24 - 48h kể từ khi cầm máu mũi bằng phương pháp đông điện nội soi BN còn bị rỉ rả máu niêm mạc mũi do nhét meche tuyến dưới nên sau khi tìm được vị trí chảy máu và nội soi đông điện cầm máu mũi, chúng tôi nhét merocel để cầm máu thêm.

Phần lớn BN 94,7% chỉ cần nội soi can thiệp 1 lần trong thời gian nằm viện. 5,3% có xuất hiện chảy máu sau nội soi lần 1, được mổ nội soi lần 2 và sau đó hết chảy máu. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Bùi Đức Nghĩa [8] với tỷ lệ nội soi cầm máu mũi 1 lần chiếm 93,3%. Như vậy tỷ lệ thành công của phương pháp này rất cao.

Điều này nói lên phương pháp nội soi đông điện cầm máu là phương pháp thực sự hiệu quả và an toàn, có nhiều ưu điểm, nên được chọn là phương pháp điều trị chính trong điều trị CMM.

4.3.2. Biến chứng của thủ thuật đông điện cầm máu

Các bệnh nhân được thực hiện thăm khám, nội soi kiểm tra lại sau khi ra viện và được hẹn tái khám sau 1 tháng**.** Đông điện CMM hầu như không gây biến chứng gì, không có bệnh nhân nào bị thủng vách ngăn hay dính niêm mạc mũi... Sau thủ thuật này tất cả các BN đều cảm thấy yên tâm và dễ chịu, không lo lắng về bệnh CMM.

V. KẾT LUẬN

CMM thường gặp lứa tuổi hay gặp là > 30 tuổi chiếm 86,8%, gặp nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 4/1. Phương pháp nội soi đông điện cầm máu thực hiện trên 38 BN trong đó 35/38 BN cầm máu tốt (chiếm 92.1%), có 3 BN (chiếm 7,9%) chảy máu rỉ rả sau phẫu thuật được nhét merocel cầm máu thêm. Phương pháp

nội soi đông điện cầm máu có tỷ lệ thành công cao, đem lại hiệu quả điều trị nhờ vào việc xác định đúng vị trí chảy máu mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sarhan N. A.** (2015), "Relationship between epistaxis and hypertension: A cause and effect or coincidence?", J Saudi Heart Assoc, 27 **(2)**, pp. 79-84.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Dinh** (2007), Bệnh học Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân Hà Nội, Hà Nội, trang 97-124.
3. **Nhan Trùng Sơn** (2016), Tai Mũi Họng nhập môn, Nhà xuất bản Y học, TP Hồ Chí Minh, trang 206-209.
4. **Võ Thanh Quang** (2009), Tình hình bệnh nhân điều trị CMM tại viện TMH Trung ương trong 10 năm (1999 - 2009), Bệnh viện TMH Trung ương.
5. **Phạm Quang Hoài** (1997), Góp phần nghiên cứu CMM tự phát tại viện TMH Trung Ương từ 1-1990 đến 6-1997, Luận án thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Bùi Thái Vi** (2001), "Hồi cứu 539 trường hợp nhập viện vì chảy máu mũi và các biện pháp xử trí tại trung tâm TMH TPHCM 11/1993 - 12/1998", Nội san TMH, 1, trang 32 - 37.
7. **Frikart L, A Agrifoglio** (1998), "Endoscopic treatment of posterior epistaxis", Rhinology, 36 (**2**), pp. 59 - 61.
8. **Bùi Đức Nghĩa** (2004), Góp phần nghiên cứu đông điện lưỡng cực cầm máu mũi qua nội soi tại bệnh viện Tai-Mũi-Họng Trung Ương, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHI SỐC PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Nguyễn Hùng Mạnh[1], Bùi Thị Hương[1], Phạm Thị Thu Hiền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi được chẩn đoán sốc phản vệ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Mô tả 28 trẻ chẩn đoán sốc phản vệ do thuốc và vắc xin điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2016-2018. **Kết quả:** Nguyên nhân gây sốc phản vệ hay gặp nhất là kháng sinh (82,1%), nhóm cephalosporin chiếm 73,9%. Có 14,3% sốc phản vệ sau tiêm quinvaxem. Thời gian xuất hiện triệu chứng phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên trung bình là 67,2 ± 75,5 phút, triệu chứng khởi phát sớm nhất là da, niêm mạc 50%, hô hấp 28,6%, thần kinh, tim mạch 21,4%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp: da, niêm mạc, hô hấp, tim mạch, thần kinh. Dấu hiệu cận lâm sàng thường gặp là: rối loạn đường máu, giảm albumin, lactat máu tăng cao, toan chuyển hóa. **Kết luận:** Nguyên nhân gây sốc phản vệ hay gặp nhất là kháng sinh. Cần quản lý chặt chẽ việc sử dụng thuốc, kê đơn thuốc.

Từ khóa: Sốc phản vệ, kháng sinh.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ANAPHYLAXIS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics of children diagnosed with anaphylaxis. **Subjects and methods:** A descriptive study on 28 children diagnosed with anaphylaxis from drugs and vaccines at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2016 to 2018. **Results:** Antibiotics for injection were the most common cause of anaphylaxis (82.1%), in which cephalosporin accounted for 73.9%. The figure for Quinvaxem was 14,3%. The mean duration of appearing anaphylaxis first sign after exposure to allergens were 67.2 ± 75.5 minutes. The parts with earliest symptoms were skin and mucosa (50%), respiratory (28.6%), neurological and cardiovascular system (21.4%). Laboratory signs were hyperglycemia, hypoalbuminemia, hyperlactatemia, metabolic acidosis. **Conclusions:** Antibiotics given by injection were the most common cause of anaphylaxis. Drugs and prescription should be strictly managed.

Keyword: anaphylaxis, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ là cấp cứu hay gặp trong các cơ sở y tế, có diễn biến nhanh, phức tạp, đe dọa tính mạng, các triệu chứng lâm sàng của phản vệ rất đa dạng, phong phú nên dễ bị nhầm lẫn, bỏ sót dẫn tới tử vong. Tỷ lệ phản vệ khác nhau giữa các nhóm nguyên nhân, từng lứa tuổi, từng vùng và thay đổi theo từng nghiên cứu. Theo Kanika Piromrat có 64 bệnh nhân sốc phản vệ trong đó trẻ < 15 tuổi chiếm 50%. Tần xuất 39,1/100000 (2005) và 66,2/100000 (2006) [1]. Các

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hùng Mạnh
Email: bsmanhbvsnna@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sốc phản vệ đang ngày càng tăng, đặc biệt là sự gia tăng tỷ lệ tử vong ở các ca sốc phản vệ do thuốc và vắc xin, gây hoang mang lo lắng cho cả người nhà bệnh nhi và nhân viên y tế. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về sốc phản vệ ở trẻ em còn ít, đồng thời nhận thấy sự gia tăng tỷ lệ sốc phản vệ trong thời gian gần đây tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, chúng tôi thực hiện đề tài "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sốc phản vệ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2016 – 2018" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi sốc phản vệ điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 2016 – 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 28 trẻ được chẩn đoán sốc phản vệ do thuốc và vắc xin điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2016 đến năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. **Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh:** Tiêu chuẩn chẩn đoán sốc phản vệ theo tiêu chuẩn Samson 2006.

2.2.3. **Một số biến nghiên cứu:**

Tuổi của trẻ tính theo WHO 2006. Giới nam hoặc nữ. Nguyên nhân gây phản vệ (kháng sinh, vắc xin hay thuốc khác). Các loại kháng sinh gây sốc phản vệ (Cefoperazone, Ceftriaxone, Ceftizoxim, Cefotaxime, Ceftazidime, Vancomycin, Fosfomicin, Gentamicin). Đường vào của dị nguyên (tĩnh mạch, tiêm bắp, uống). Tiền sử dị ứng, tiền sử bệnh. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên sau khi tiếp xúc với dị nguyên (Thời gian ước tính vì không thể đo, bấm giờ chính xác được, ước tính bằng phút). Triệu chứng đầu tiên sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng ở các cơ quan. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào. Dấu hiệu cận lâm sàng thường gặp.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

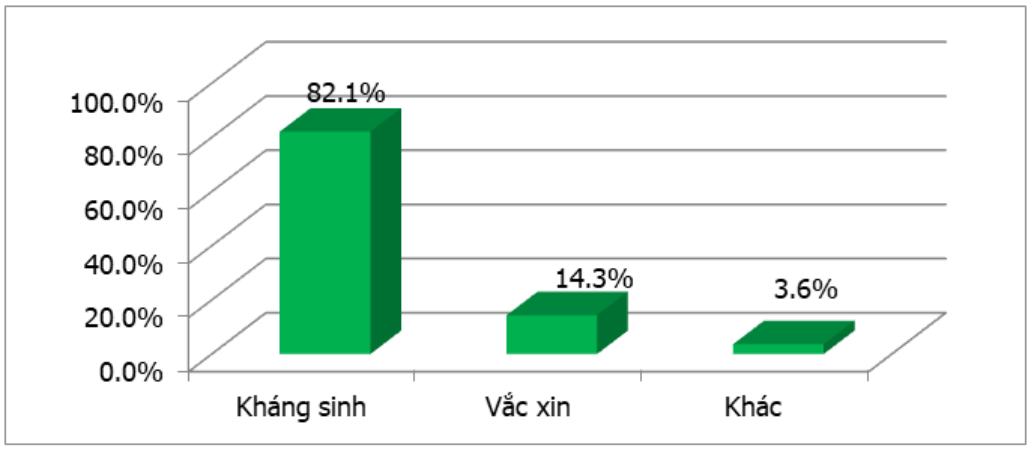
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 ca đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, Tỷ lệ nam nữ theo nghiên cứu là 1,8:1. Bệnh nhân nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 72 tháng.

Bảng 1. Tiền sử dị ứng của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử dị ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có	3	10,7
Không	25	89,3
Tổng số	**28**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng trong số các bệnh nhân sốc phản vệ là rất thấp với 10,7% (3/28 bệnh nhân)



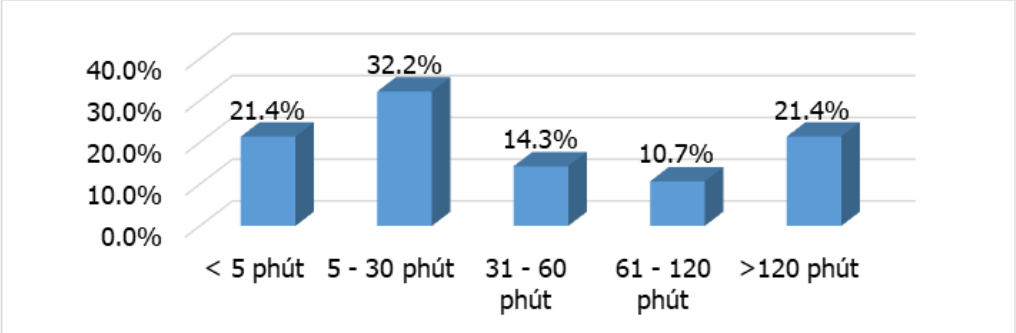
Biểu đồ 1. Các loại dị nguyên gây sốc phản vệ

Nhận xét: Tỷ lệ sốc phản vệ do kháng sinh chiếm 82,1%. 14,3% sốc phản vệ với vắc xin đều do quinvaxem. Có 1 trường hợp sốc phản vệ do ibuprofen (3,6%).

Bảng 2. Các loại kháng sinh gây sốc phản vệ

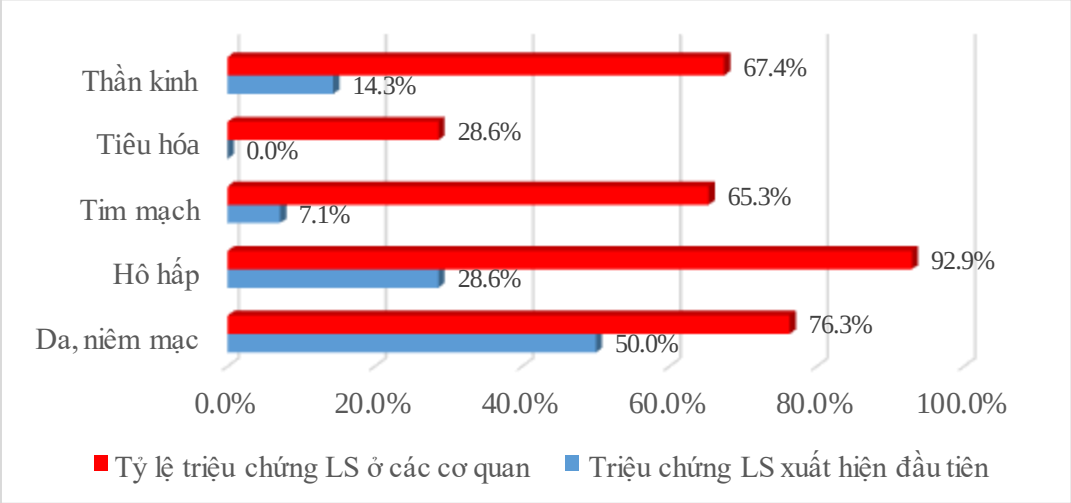
Kháng sinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cefoperazone	5	21.7
Ceftriaxone	4	17.4
Ceftizoxim	3	13.0
Cefotaxime	3	13.0
Ceftazidime	2	8.8
Vancomycin	3	13.0
Fosfomicin	2	8.8
Gentamicin	1	4.3
Tổng	**23**	**100**

Nhận xét: Các kháng sinh gây sốc phản vệ thuộc nhóm cephalosporin chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,9%.



Biểu đồ 2. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên

Nhận xét: Thời gian xuất hiện triệu chứng phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên trung bình là 67,2 ± 75,5 phút. Thời gian xuất hiện triệu chứng sốc phản vệ đầu tiên tập trung chủ yếu vào dưới 30 phút sau tiêm (53,6%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ triệu chứng ở các cơ quan

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện đầu tiên ở da, niêm mạc (50%).

Bảng 3. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào

Đường vào	<5 phút	5-30 phút	31-60 phút	61-120 phút	>120 phút
Tiêm, truyền tĩnh mạch	6	9	4	2	2
Tiêm bắp	0	0	0	1	3
Uống	0	0	0	0	1
Tổng	6	9	4	3	6

Nhận xét: Trong khoảng thời gian dưới 5 phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên, sốc phản vệ qua đường tĩnh mạch chiếm 100%.

Bảng 4. Dấu hiệu cận lâm sàng thường gặp

Chỉ số CLS	**Số BN**	**Tỷ lệ %**
pH < 7,25	18	64,3
[BE] > 5	25	89,3
Lactat > 2	23	82,1
Albumin < 35g/l	21	75
Glu máu > 6mmol/l	23	82,1

Nhận xét: Các rối loạn về CLS thường gặp ở bệnh nhân sốc phản vệ là tăng đường máu (82,1%), giảm albumin máu (75%) và toan chuyển hóa (64,3%), tăng lactat máu (82,1%).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 28 bệnh nhân, chỉ có 10,7% có tiền sử dị ứng và các bệnh dị ứng, tương tự nghiên cứu của Tạ Anh Tuấn (6,25%), Nguyễn Anh Tuấn (16,2%), thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Quốc (40%) [2],[3],[4]. Kết quả trên cho thấy khai thác tiền sử dị ứng là quan trọng nhưng rõ ràng sốc phản vệ có thể xảy ra với bất kỳ đối tượng nào.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ nghiên cứu các trường hợp sốc phản vệ do thuốc và vắc xin, kết quả cho thấy thuốc gây sốc phản vệ nhiều nhất là kháng sinh chiếm 82,1%, chỉ có 3,6% là sốc phản vệ với ibuprofen, 14,3% sốc phản vệ do tiêm vắc xin đều là vắc xin quinvaxem. Các kháng sinh gây sốc phản vệ đều được dùng qua đường tiêm, trong đó kháng sinh cephalosporin chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,9% (trong đó cao nhất là cefoperazone 21,7%, ceftriaxone 17,4%, ceftizoxim và cefotaxime cùng chiếm 13%). Có 13% bệnh nhân xuất hiện sốc phản vệ sau tiêm vancomycin. Các kháng sinh khác là fosfomicin và gentamycin. Các kháng sinh nhóm cephalosporin ở trên đều hiện là các kháng sinh được ưu tiên lựa chọn đầu tiên trong phác đồ điều trị tại bệnh viện sản nhi. Chưa thấy trường hợp sốc phản vệ nào với các kháng sinh đường uống và các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem và quinolon.

Thời gian xuất hiện triệu chứng phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên trung bình là 67,2 ± 75,5 phút, nhanh nhất là ngay sau tiêm và muộn nhất là 4 giờ. Các thuốc dùng qua đường tiêm truyền tĩnh mạch thì thời gian xuất hiện triệu chứng nhanh hơn qua các đường khác. Trong số những bệnh nhân xuất hiện triệu chứng < 5 phút thì 100% qua đường tĩnh mạch. 75% bệnh nhân sau tiêm vắc xin có thời gian xuất hiện triệu chứng sốc phản vệ là sau 2 giờ. Thời gian trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự thời gian xuất hiện sốc sau dùng thuốc của Tạ Anh Tuấn là 67,4 ± 135,3 phút [2], dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn là 46,5 ± 51,5 phút [3]. Nghiên cứu của Bùi Văn Cường thời gian xảy ra triệu chứng sau khi tiếp xúc với dị nguyên có dài hơn, trung bình là 84,4 ± 88,15 phút [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng ở da và niêm mạc chiếm 76,3%, ở cơ quan hô hấp là 92,9%, thần kinh là 67,4%, tuần hoàn là 65,3%, tiêu hóa là 28,6% (biểu đồ 3.5). Các triệu chứng đặc hiệu của phản vệ rất thay đổi, tuỳ thuộc vào mức độ mẫn cảm của bệnh nhân, cũng như đường tiếp xúc, số lượng và tốc độ đưa dị nguyên vào, phản ứng có thể xảy ra trong vài phút tới vài giờ; hầu hết các phản ứng xảy ra trong vòng từ 5 đến 30 phút chiếm 53,6% sau khi tiếp xúc. Nguyễn Xuân Quốc và cộng sự nghiên cứu 105 bệnh nhân sốc phản vệ từ 1 tháng đến 15 tuổi cho thấy tỷ lệ gặp các biểu hiện ở da và niêm mạc là 82,9%, tim mạch là 79%, thần kinh 81%, tiêu hóa 29,5% và ít gặp nhất là thần kinh 24,8% [4]. Nghiên cứu của Susan D Dibs cho thấy tỷ lệ triệu chứng da, niêm mạc là 93% và triệu chứng hô hấp 93% [6]. Phần lớn các triệu chứng phản vệ xuất hiện đầu tiên ở da, niêm mạc với 50%; tuy nhiên có thể xuất hiện đầu tiên ở hô hấp với 28,6%, thần kinh 14,3%, tim mạch 7,1%, không có bệnh nhân nào bắt đầu bằng các biểu hiện tiêu hóa. Các triệu chứng chủ yếu xuất hiện đầu tiên ở da và niêm mạc và hô hấp, do vậy theo dõi và phát hiện và xử trí ngay ở mức độ này sẽ phòng tránh được phản vệ có thể diễn biến sang các mức độ nặng hơn.

Phản vệ là một cấp cứu nội khoa vì bệnh tiến triển nhanh, khó lường trước dễ dẫn tới tử vong. Việc chẩn đoán và điều trị phải được tất cả các bác sỹ và điều dưỡng thực hiện ngay. Chẩn đoán phản vệ chủ yếu dựa vào các biểu hiện lâm sàng với các dấu hiệu

gợi ý: có bệnh sử gần tiếp xúc dị nguyên; ngay sau khi tiếp xúc với tác nhân gây bệnh vài phút đến vài chục phút hoặc vài giờ xuất hiện một hoặc nhiều triệu chứng trong các biểu hiện về da và niêm mạc, hô hấp, thần kinh, tim mạch. Để chẩn đoán được sớm và điều trị kịp thời cần thiết phải có các lớp tập huấn cho tất cả bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên... ở các khoa. Các rối loạn về cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân sốc phản vệ là tăng đường máu (82,1%), giảm albumin máu (75%) và toan chuyển hóa (64,3%), tăng lactat máu (82,1%). Kết quả này cũng tương tự như kết quả của Tạ Anh Tuấn [2].

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây sốc phản hay gặp nhất là kháng sinh (82,1%), kháng sinh chỉ gặp đường tiêm, nhóm cephalosporin chiếm 73,9%. Thời gian xuất hiện triệu chứng tập trung chủ yếu vào dưới 30 phút sau tiêm với 53,6%. Cần quản lý chặt chẽ việc sử dụng thuốc, kê đơn thuốc. Những trường hợp dùng kháng sinh đường uống được thì tránh dùng kháng sinh đường tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Piromrat K., Chinratanapisit S., and Trathong S.** Anaphylaxis in an Emergency Depart- ment: A 2-Year Study in a Tertiary-Care Hospital. Asian Pacific Journal of allergy and immunology, **26(23)**, 121-128.
2. **Tạ Anh Tuấn** (2017). Đặc điểm lâm sàng – điều trị sốc phản vệ tại khoa điều trị tích cực bệnh viện Nhi Trung ương. Đề tài cấp cơ sở Bệnh viện Nhi Trung ương.
3. **Nguyễn Anh Tuấn** (2016). Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang, Tăng Chí Thượng** (2016). Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh nhi sốc phản vệ tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, **20**(**2**), 15–21.
5. **Bùi Văn Cường** (2014). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị phản vệ tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Hội thảo khoa học chuyên đề sốc phản vệ 2014, Bệnh viện Bạch Mai.
6. **Dibs S.D. and Baker M.D.** (1997). Anaphylaxis in Children: A 5-Year Experience. Pediatrics, **99**(**1**), 7-12.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 60 THÁNG TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Nguyễn Thị Cần*, Bùi Kim Thuận*, Ngô Thị Hồng Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích ca bệnh trên 101 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm phổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới nhập viện trước 48h vào điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2019 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi trong nghiên cứu có giới tính là nam (56,4%) nhiều hơn nữ (43,6%); tỷ lệ bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi đến bệnh viện chiếm 67,3%. Kháng sinh cephalosporin được sử dụng lớn chiếm 65,03% số lượt sử dụng, với kháng sinh được sử dụng với cao nhất là ceftriaxon (47,24%). Bệnh nhân khỏi nói chung là 18,8%; 77,2% bệnh nhân đỡ. Bệnh nhân viêm phổi được điều trị đỡ bệnh cao hơn bệnh nhân viêm phổi nặng theo lần lượt là 73,1%; 81,6%. **Kết luận:** Nhóm kháng sinh cephalosporin được chỉ định chủ yếu trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng trong đó tỷ lệ sử dụng cao nhất là kháng sinh ceftriaxon.

**Trường Đại học Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cần
Email: pharmacistcannguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng ở trẻ em, kháng sinh.

SUMMARY

THE STUDY AIMED TO INVESTIGATE THE CURRENT SITUATION OF USING ANTIBIOTICS IN THE TREATMENT OF COMMUNITY PNEUMONIA IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 60 MONTHS AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF NGHE AN PEDIATRIC HOSPITAL

Objectives: The study aimed to investigate the current situation of using antibiotics in the treatment of community pneumonia in children from 2 months to 60 months at the Respiratory department of Nghe An pediatric hospital. **Subjectives and methods:** The cross-sectional descriptive study analyzed cases of 101 patients diagnosed with pneumonia according to the World Health Organization's diagnostic standards 48 hours prior to treatment at Nghe An pediatric hospital in research period is from August 2019 to October 2019. **Results:** The proportion of children infected with pneumonia in the study with male sex (56.4%) than female (43.6%); the proportion of patients using antibiotics before going to the hospital accounted for 67.3%. Cephalosporin antibiotic was used large, accounting for 65.03% of the number of uses, with the highest antibiotic used was ceftriaxon (47.24%). Overall cure is 18.8%, 77.2% better. Treatment of pneumonia patients

with better treatment than patients with severe pneumonia respectively 73.1%; 81.6%. **Conclusion:** The group of cephalosporin antibiotics is mainly indicated in the treatment of community pneumonia in children from 2 months to 60 months in which the highest rate of use is ceftriaxon.

Keywords: Pneumonia in children, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng là tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) có tổn thương ở phổi. Theo TCYTTG viêm phổi là một trong năm nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi. Viêm phổi trẻ em gây ra 900000 ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó hơn 90% xảy ra ở các nước có thu nhập vừa và thấp [1]. TCYTTG xếp Việt Nam đứng thứ 9 trong số 15 quốc gia có gánh nặng bệnh tật viêm phổi cao nhất [1]. Từ những số liệu nêu trên đã cho thấy rõ mức độ nguy hiểm của viêm phổi. Hiện nay tỷ lệ tử vong do bệnh viêm phổi cộng đồng đang có xu hướng ngày càng tăng, đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị viêm phổi đang trở nên phức tạp hơn vì sự tăng lên của các yếu tố nguy cơ, sự xuất hiện của những tác nhân gây bệnh mới trong cộng đồng, đặc biệt trong bối cảnh vi khuẩn kháng thuốc đang trở thành mối đe dọa do hậu quả của việc lạm dụng kháng sinh quá rộng rãi, phối hợp kháng sinh trong điều trị không cần thiết, có thể kéo dài thời gian bị bệnh, tăng chi phí điều trị và nguy cơ tử vong [2], [3]. Theo kết quả nghiên cứu mô hình bệnh tật tử vong tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, tỷ lệ tử vong do bệnh viêm phổi chiếm tỷ lệ cao. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu nhằm khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản nhi Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhi tại Khoa hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán xác định là viêm phổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới nhập viện trước 48h vào điều trị trong thời gian nghiên cứu và có chỉ định kháng sinh, điều trị nội trú từ 3 ngày trở lên; loại trừ những bệnh nhân nhi có bệnh hô hấp khác kèm theo, bệnh lí bẩm sinh, bệnh nhân đang trong tình trạng nặng cần cấp cứu, bệnh nhân viêm phổi phải chuyển khoa hoặc chuyển tuyến, bệnh nhân có mắc các nhiễm khuẩn khác.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, lấy số liệu trong vòng 48h sau khi bệnh nhân nhập viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi trong nghiên cứu có độ tuổi từ 2-12 tháng chiếm 67.3%, tỷ lệ trẻ từ 12-60 tháng tuổi chiếm 32.7%. Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi trong nghiên cứu có giới tính là nam là 56,4%, tỷ lệ trẻ giới tính nữ là 43,6 %.

2. Thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em 2 tháng tuổi đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- Tỷ lệ bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện: Do trình độ hiểu biết về thuốc của một số bộ phận nhân dân còn hạn chế nên việc tự ý mua và dùng thuốc

kháng sinh của người dân không theo sự chỉ dẫn của thầy thuốc đã trở nên phổ biến. Nhiều người bệnh đã tự dùng kháng sinh trước khi đến bệnh viện, đa phần là dùng không đúng liều, không đủ thời gian cũng như lựa chọn kháng sinh không thích hợp.

Bảng 1. Tình hình sử dụng kháng sinh trước khi đến bệnh viện

Đối tượng bệnh nhân	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đã sử dụng kháng sinh	31	30,7	37	36,6	68	67,3
Chưa sử dụng kháng sinh	21	20,8	12	11,9	33	32,7
Tổng	**52**	**51,5**	**49**	**48,5**	**101**	**100**

Tỷ lệ số trẻ viêm phổi đã sử dụng kháng sinh trước khi đến bệnh viện 67,3% cũng là một son số đáng lưu ý.

- Tỷ lệ kháng sinh được kê trong bệnh án:

Bảng 2. Tỷ lệ các kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Nhóm kháng sinh	Tên kháng sinh	Tần suất sử dụng	%
Penicillin	Amoxicillin + axit clavulanic	**1**	**0,61**
Cephalosporin 2	Cefuroxim	2	1,23
Cephalosporin 3	Cefoperazol	18	11,04
	Ceftazidim	9	5,52
	Ceftriaxon	**77**	47,24
Tổng		**106**	**65,03**
Carbapenem	Imipenem + Cilastatin	2	1,23
	Meropenem	1	0,61
Tổng		**3**	**1,84**
Aminoglycosid	Tobramycin	17	10,43
	Amikacin	5	3,07
Tổng		**22**	**13,5**
Macrolid	Azithromycin	**25**	**15,34**
Glycopeptid	Vancomycin	**5**	**3,07**
Quinolon 2	Ciprofloxacin	**1**	**0,61**
Tổng cộng		**163**	**100**

Cephalosporin được sử dụng tỷ lệ lớn chiếm tỷ lệ 65,03% số lượt sử dụng trong đó kháng sinh được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là ceftriaxon. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hội (2017) [4] với cephalosporin có tần suất sử dụng nhiều nhất chiếm 36,98%, tác giả Trần Thị Anh Thơ (2014) [5] và tác giả Nguyễn Thị Hiền Lương (2008) [6].

- Các phác đồ điều trị ban đầu:

Bảng 3. Phác đồ điều trị viêm phổi khi bệnh nhân mới vào nhập viện

TT	PHÁC ĐỒ	Viêm phổi		Viêm phổi nặng	
		n	%	n	%
ĐƠN ĐỘC		**33**	**32,7**	**25**	**24,7**
1	Cephalosporine thế hệ 3 (C3)	29	28,7	25	24,7
2	Macrolid	4	4	0	0
PHỐI HỢP		**19**	**17,8**	**24**	**22,8**
1	C3+ Aminosid	8	7,9	10	9,9
2	C3+ Macrolid	9	8,9	11	10,9
3	C3+ Glycopeptid	1	1	2	2
4	B - Lactam+ Glycopeptid	0	0	1	1
5	Penicillin+ Macrolid	1	1	0	0
	Tổng	**52**	**50,5**	**49**	**47,5**

Trong nhóm bệnh nhân viêm phổi, phác đồ đơn độc được sử dụng chủ yếu, chiếm tỷ lệ 32,7%. Trong số các phác đồ đơn độc được sử dụng chủ yếu là C3 chiếm tỷ lệ 28,7%. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Lê Thị Trang và Trần Thị Anh Thơ [6], [7].

- Các phác đồ thay thế trong quá trình điều trị:

Bảng 4. Các phác đồ thay đổi trong quá trình điều trị viêm phổi

STT	Phác đồ ban đầu	Phác đồ thay đổi	Số lượng	%
1	C3	Aminosid	3	16,7
2	C3	C3 + Aminosid	4	22,2
3	C3(Rocephin)	C3(Ceftriaxone)	2	11,1
4	Pen+ Macrolid	Aminosid	1	5,6
5	C3+ Aminosid	β - lactam	1	5,6
6	C3+ Gycopeptid	Quinolon	1	5,6
7	C3+ Macrolid	β - lactam	1	5,6
8	C3 (Suklocef)	C3(Rocephin)	1	5,6
9	C3+ Gycopeptid	C3	1	5,6
10	C3+ Macrolid	C3	1	5,6
11	C3	Macrolid	1	5,6
12	C3+ Aminosid	Glycopeptid	1	5,6
Tổng			**18**	**100**

Trong 18 trường hợp (17,8% so với 101 bệnh nhân) thay đổi trong quá trình điều trị viêm phổi đã được ghi nhận trong đó phác đồ thay thế nhiều nhất từ C3 sang C3 + Aminosid với 4 trường hợp (chiếm 22,2%). Với các lý do cụ thể như sau:

Bảng 5. Lý do thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị

Lý do thay đổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không giảm triệu chứng	8	44,4
Xuất hiện triệu chứng mới	4	22,2
Hết thuốc	1	5,6
Không rõ nguyên nhân	5	27,8
Bệnh không đư ợc cải thi ện	0	0
D ị ứng thuốc	0	0
Tổng	**18**	**100**

Trong số 18 trường hợp thay đối phác đồ, lý do thay đổi phác đồ chủ yếu là do bệnh nhân điều trị không giảm triệu chứng (8 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 44,4%).

- Độ dài đợt điều trị và sử dụng kháng sinh:

Bảng 6. Thời gian sử dụng kháng sinh tại bệnh viện

Nội dung		Thời gian (ngày)
Thời gian sử dụng kháng sinh ban đầu		7,75±3,83
Thời gian sử dụng kháng sinh thay thế		7,83±5,23
Thời gian sử dụng kháng sinh nhóm Aminosid		6±1,61
Độ dài của đợt điều trị kháng sinh	Viêm phổi	7,35±3,75
	Viêm phổi nặng	10,08±5,2
Thời gian nằm viện	Viêm phổi	7,35±3,75
	Viêm phổi nặng	10,08±5,2

Kết quả cho thấy thời gian điều trị cũng như thời gian sử dụng kháng sinh có sự thay đổi, cụ thể thời gian điều trị trung bình trong trường hợp viêm phổi giảm hơn so với thời gian sử dụng kháng sinh ban đầu là 7,35±3,75 ngày và viêm phổi nặng tăng hơn so với thời gian sử dụng kháng sinh ban đầu là 10,08±5,2.

- Hiệu quả điều trị:

Bảng 7. Hiệu quả điều trị bệnh viêm phổi

Hiệu quả	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Khỏi	13	25,0	6	12,2	19	18,8
Đỡ	38	73,1	40	81,6	78	77,2
Nặng hơn	1	1,9	3	6,2	4	4
Tổng	**52**	**100**	**49**	**100**	**101**	**100**

Kết quả cho thấy việc điều trị viêm phổi ở bệnh viện cho hiệu quả tương đối cao, với tỷ lệ khỏi nói chung là 18,8%, còn lại một tỷ lệ lớn 77,2% bệnh nhân đỡ, tức là giảm triệu chứng nhưng bệnh vẫn cần điều trị thêm bằng kháng sinh sau khi xuất viện. Bệnh nhân viêm phổi được điều trị đỡ bệnh cao hơn bệnh nhân viêm phổi nặng theo tỷ lệ lần lượt là 73,1%; 81,6%.

IV. KẾT LUẬN

Có 68 trẻ đã sử dụng kháng sinh trước khi đến bệnh viện chiếm 67,3%. Cephalosporin được sử dụng lớn chiếm 65,03% số lượt sử dụng với kháng sinh được sử dụng với cao nhất là ceftriaxon (47,24%). Có 7 phác đồ điều trị viêm phổi đã được sử dụng khi bệnh nhân mới vào nhập viện, trong đó 2 phác đồ dùng kháng sinh đơn độc (32,7%), 5 phác đồ phối hợp kháng sinh, phác đồ đơn độc được sử dụng chủ yếu là C3 (28,7%). Có 18 trường hợp 17,8% thay đổi trong quá trình điều trị viêm phổi trong đó phác đồ thay thế nhiều nhất từ C3 sang C3 + Aminosid với 4 trường hợp 22,2%. Lý do thay đổi phác đồ chủ yếu là do bệnh nhân điều trị không giảm triệu chứng 8 bệnh nhân 44,4%. Thời gian trung bình sử dụng phác đồ kháng sinh ban đầu, thời gian dùng phác đồ thay thế khoảng 8 ngày. Bệnh nhân khỏi nói chung là 18,8%; 77,2% bệnh nhân đỡ. Bệnh nhân viêm phổi được điều trị đỡ bệnh cao hơn bệnh nhân viêm phổi nặng theo lần lượt là 73,1%; 81,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Thành Minh Hùng (2016), "Đặc điểm nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Khu vực Ngọc Hồi năm 2016", pp. 38.

[2]. Trần Hoàng Thành (2009), Viêm phổi, NXB Y học, Hà Nội.

[3]. Nguyễn Văn Thành (2015), Viêm phổi cộng đồng, Tình hình kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh phổ biến và điều trị kháng sinh, chuyên đề Hội hô hấp thành phố Hồ Chí Minh.

[4]. Nguyễn Thị Hiền Lương (2008), "Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai", Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội".

[5]. Nguyễn Văn Hội (2017), "Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Xín Mần - Hà Giang", Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Đại học Dược Hà Nội".

[6]. Trần Thị Anh Thơ (2014), "Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi trẻ em từ 2 đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An", Luận văn thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội.".

[7] Lê Thị Trang (2016), "Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em 2 tháng đến 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Lặc - Thanh Hóa", Luận văn Thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội.".

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phan Thị Thanh Nam*, Nguyễn Văn Tuấn*, Nguyễn Thị Thùy Dung*, Trần Thị Anh Thơ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạ đường huyết (HĐH) là một trong những biến chứng cấp tính, nguy hiểm thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ), nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn tới tổn thương nặng ở hệ thần kinh trung ương, ngoài ra còn làm tăng nguy cơ biến chứng về lâu dài như đột quỵ não, suy giảm nhận thức, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm hạ đường huyết trên bệnh nhân ĐTĐ tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An ; (2) Khảo sát một số nguyên nhân hạ đường huyết trên bệnh nhân ĐTĐ tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 60 bệnh nhân ĐTĐ được chẩn đoán hạ đường huyết tại khoa Nội tiết – Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian tháng 12/2018 – 4/2019. **Kết quả:** Trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 54 bệnh nhân hạ đường huyết có biểu hiện triệu chứng lâm sàng bao gồm triệu chứng thần kinh trung ương, triệu chứng thần kinh thực vật hoặc cả hai (90%). Triệu chứng thần kinh thực vật hay gặp nhất là vã mồ hôi (66,7%), tiếp đến là run tay chân (57,4%), ít gặp nhất là buồn nôn (16,7%). Triệu chứng thần kinh trung ương hay gặp nhất là hôn mê (35,2%), ít gặp nhất là co giật (1,9%). Đường huyết trung bình là 2,3± 0,8 mmol/L, nồng độ HbA1c trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu 7,8 ± 1,1%. Đa số bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường là nhóm SU và insulin. Các nguyên nhân liên quan đến bữa ăn (giảm khẩu phần ăn, bỏ bữa ăn) là nguyên nhân hạ đường huyết thường gặp nhất (55%). Các nguyên nhân liên quan đến sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường: Bệnh nhân lấy sai liều thuốc (tăng liều), Bác sĩ mới tăng liều thuốc, thay thuốc (23,3%); uống rượu (10%); tăng hoạt động thể lực (8,3%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng. Trong đó triệu chứng thần kinh thực vật thường gặp nhất là vã mồ hôi, run tay chân, tim đập nhanh. Triệu chứng thần kinh trung ương thường gặp là đau đầu, chóng mặt, hôn mê. Các nguyên nhân hạ đường huyết thường gặp nhất liên quan đến bữa ăn, tiếp đến là các nguyên nhân liên quan đến sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường, uống rượu, tăng hoạt động thể lực.

Từ khóa: đái tháo đường, hạ đường huyết

**Trường ĐH Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thanh Nam
Email: thanhnam12795@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

INVESTIGATION OF COMPLICATIONS OF HYPOGLYCEMIA IN DIABETIC PATIENTS AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Backgound: Hypoglycemia is one of the most common dangerous acute complications in diabetic patients. If it is not detected and treated in time, it will lead to serious damage to the central nervous system. In addition, it increase

the risk of long-term complications such as brain stroke, cognitive impairment, myocardial infarction, acute heart failure. **Objectives:** (1) Describe the characteristics of hypoglycemia in diabetic patients at Nghe An Hospital; (2) Survey of some causes of hypoglycemia in diabetic patients at the Nghe An Hospital. **Subjects and methods**: Cross-sectional descriptive research conducted in 60 diabetic patients diagnosed with hypoglycemia at the Department of Endocrinology - Nghe An General Friendship Hospital in December 2018 - April 2019. **Results:** In 60 patients studied, 54 patients with hypoglycemia exhibited clinical symptoms including CNS symptoms, autonomic nervous system or both (90%). The most common symptom of autonomic nervous system was sweating (66.7%), tremor of hands and feet (57.4%), nausea (16.7%). The most common CNS symptom was coma (35.2%), the least common was convulsions (1.9%). Average blood sugar was 2.3 ± 0.8 mmol / L, mean HbA1c concentration of study patient group was 7.8 ± 1.1%. The majority of patients using antidiabetic drugs are SU group and insulin. Problems related to meals were the most common cause of hypoglycemia (55.00%). The causes related to the use of antidiabetic drugs: The patient took the wrong dose of the drug (increased dose), the doctor increased the dose, changed the drug (23.3%); drinking alcohol (10%); increased physical activity (8.3%). **Conclusion:** Research shows that the most of hypoglycemic patients have clinical symptoms. The most common neurological symptoms are sweating, shaking hands and feet, rapid heartbeat. Common CNS symptoms are headache, dizziness, and coma. The most common causes of hypoglycemia are related to meals, followed by the use of antidiabetic drugs, alcohol consumption, and increased physical activity.

Keywords: diabetic, hypoglycemic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh rối loạn chuyển hóa phổ biến trên thế giới, đang gia tăng nhanh chóng vàlà gánh nặng đối với sự phát triển kinh tế xã hội. Bệnh gây ra biến chứng ở tất cả các cơ quan trong cơ thể bao gồm các biến chứng cấp tính và mãn tính. Một trong những biến chứng cấp tính thường gặp là hạ đường huyết (HĐH). HĐH là tình trạng lượng đường trong máu giảm xuống dưới mức bình thường (< 3,9mmol/L)[1]. Thống kê của ADA cho thấy 2 - 4% số bệnh nhân ĐTĐ tử vong hàng năm có liên quan đến HĐH, có ít nhất 50% các bệnh nhân ĐTĐ bị HĐH trong quá trình điều trị [2]. HĐH là một biến chứng nguy hiểm, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn tới tổn thương nặng ở hệ thần kinh trung ương gây hôn mê thậm chí là tử vong, ngoài ra còn làm tăng nguy cơ biến chứng về lâu dài như đột quỵ não, suy giảm nhận thức, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp[3],[4]. Nhằm mục đích hỗ trợ cho việc điều trị bệnh ĐTĐ đạt hiệu quả cao, an toàn và hạn chế đến mức thấp nhất biến chứng HĐH, chúng tôi tiến hành nghiên cứuđề tài với hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm HĐH trên bệnh nhân ĐTĐ tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An; *Khảo sát một số nguyên nhân HĐH trên bệnh nhân ĐTĐ tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn ADA 2018 vào viện vì hạ đường huyết hoặc đang nằm điều trị bị hạ đường huyết tại khoa Nội tiết – Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian

tháng 12/2018 – 4/2019. Loại trừ: Bệnh nhân HĐH do các nguyên nhân khác trên bệnh nhân không phải ĐTĐ như nhiễm trùng nặng, suy thượng thận, suy giáp hoặc có u tiết insulinom…; Bệnh nhân mang thai; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

Phương pháp thu thập số liệu

- Cách lấy mẫu: cỡ mẫu là cỡ mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ bệnh nhân phù hợp với tiêu chí lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

- Các bước nghiên cứu:

Tất cả đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng và khai thác các thông tin liên quan từ hồ sơ bệnh án, sổ điều trị theo mẫu phiếu điều tra đã được chuẩn bị trước. Các kết quả được điều tra viên ghi đầy đủ vào phiếu điều tra.

Tiêu chuẩn đánh giá

- Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn ADA 2018 [5].

- Chẩn đoán HĐH theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo ADA 2018, chẩn đoán xác định HĐH khi nồng độ Glucose máu < 3,9 mmol/L[5].

- Phân loại HĐH theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế 2015 với 3 mức độ: Nhẹ; Trung bình; Nặng[1].

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được ghi dưới dạng trung bình (Mean) và độ lệch chuẩn (SD). Các biến định tính được ghi dưới dạng phần trăm (%). So sánh các giá trị trung bình theo T – test (Student). Giá trị p được lấy là 0,05, các mức $p < 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê khi kiểm định 2 phía.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ 12/2018-04/2019 có 60 BN trong mẫu NC gồm 34 nam (57%) và 26 nữ (43%), tuổi trung bình 69,4 ± 12,1tuổi. Phân loại theo nhóm tuổi cho thấy đa số BN tuổi ≥ 60 (81,7%); từ 40-59 (16,7%), chỉ có 1 BN nhỏ hơn40 tuổi (1,7%).

Bệnh nhân có trình độ văn hóa thấp cấp 1,2 chiếm tỷ lệ cao (58,4%), cấp 3(35%), sau cấp 3 bao gồm trung cấp, cao đẳng, đại học chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ (3,3%), không biết chữ (3,3%).

Thời gian phát hiện ĐTĐ của bệnh nhân từ 1 đến 20 năm, (Mean±SD=7,2± 4,6 năm).

Bệnh nhân có tiền sử HĐH chiếm tỷ lệ cao (gần 64%). Trong đó, tỷ lệ bênh nhân có tiền sử HĐH hơn 2 lần chiếm 46,6%.

Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có kèm theo suy thận chiếm 33,3%, suy gan chiếm 11,7%.

3.2. Đặc điểm hạ đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường

Hoàn cảnh HĐH

Bệnh nhân hạ đường huyết nhập viện chiếm tỷ lệ cao chiếm 75% gấp 3 lần tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện bị hạ đường huyết là 25%.

Đặc điểm lâm sàng

Trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 54 bệnh nhân HĐH có biểu hiện triệu chứng lâm sàng bao gồm triệu chứng TKTW, triệu chứng TKTV hoặc cả hai (90%); 6 bệnh nhân HĐH không triệu chứng.

Bảng 1.1. Đặc điểm triệu chứng của hạ đường huyết

Nhóm triệu chứng	Triệu chứng	n	%
Triệu chứng TKTV	Vã mồ hôi	36	66,7
	Run tay chân	31	57,4
	Tim đập nhanh	29	53,7
	Cảm giác đói	24	44,4
	Hồi hộp, lo lắng	16	29,6
	Buồn nôn	9	16,7
Triệu chứng TKTW	Mệt	21	38,9
	Hôn mê	19	35,2
	Lơ mơ, ngủ gà	16	29,6
	Đau đầu	12	22,2
	Chóng mặt	13	24,1
	Kích động, rối loạn hành vi	2	3,7
	Nhìn mờ	7	12,9
	Co giật	1	1,9
	Rối loạn cơ tròn	1	1,9

Nhận xét: Triệu chứng TKTV hay gặp nhất là vã mồ hôi (66,7%), run tay chân (57,4%), tim đập nhanh (53,7%). Triệu chứng ít gặp nhất là buồn nôn (16,7%).

Triệu chứng TKTW hay gặp nhất là mệt (38,9%), hôn mê cũng chiếm tỷ lệ khá cao (35,2%). Triệuchứng ít gặp nhất là co giật và RL cơ tròn (1,9%).

Đặc điểm cận lâm sàng

Nồng độ HbA1c trung bình của nhóm BN nghiên cứu 7,8 ± 1,1%

Nồng độ đường huyết

Đường huyết trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,3± 0,8 mmol/L, trong đó giá trị đường huyết lớn nhất là 3,8 mmol/L và giá trị đường huyết nhỏ nhất là 1,0 mmol/L.

Mối liên quan giữa một số đặc điểm của HĐH và nồng độ glucose máu trung bình được thể hiện như sau:

Bảng 1.2. Liên quan giữa một số đặc điểm và nồng độ đường huyết

Đặc điểm		Nồng độ đường huyết	p
Hoàn cảnh HĐH	Đang điều trị tại bệnh viện	3,3 ± 0,6	< 0,001
	Nhập viện	2,0 ± 0,5	
Triệu chứng lâm sàng	Có	2,2 ± 0,7	< 0,001
	Không	3,6 ± 0,2	
Tiền sử hạ Glucose máu	Có	1,9 ± 0,5	< 0,001
	Không	3,0 ±0,7	

Nhận xét: Nồng độ đường huyết của nhóm HĐH khi đang điều trị tại bệnh viện cao hơn nhóm HĐH nhập viện (p< 0,05).

- Nồng độ đường huyết ở nhóm bệnh nhân HĐH không có triệu chứng lâm sàng cao hơn nhóm HĐH có triệu chứng lâm sàng (p < 0,05).

- Nồng độ đường huyết ở nhóm bệnh nhân không có tiền sử hạ glucose máu cao hơn nhóm bệnh nhân có tiền sử hạ glucose máu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Mức độ hạ đường huyết

Bảng 1.3. Mức độ hạ đường huyết

Mức độ HĐH	n	%	$\bar{X}$ ± SD	p
Nhẹ	17	28,3	3,3 ± 0,5	< 0,05
Trung bình	22	46,7	2,3 ± 0,3	
Nặng	21	35,0	1,5 ± 0,3	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị đường huyết trung bình giữa ba nhóm mức độ HĐH nhẹ, trung bình và nặng (p <0,05). Ghi nhận đa số bệnh nhân bị hạ đường huyết ở mức độ trung bình và nặng với tỉ lệ lần lượt là 46,7% và 35%.

3.3. Một số nguyên nhân gây hạ đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ

Sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường trên bệnh nhân

Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 22 BN sử dụng phác đồ có nhóm SU (Bao gồm SU đơn thuần hoặc SU phối hợp với các thuốc khác) chiếm 36,7%, 35 BN sử dụng phác đồ có insulin (Bao gồm insulin đơn thuần hoặc insulin phối hợp với thuốc khác) chiếm 58,3%, chỉ có 3 bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc khác chiếm 5%.

Loại insulin được sử dụng nhiều nhất là insulin hỗn hợp (tiêm 2 mũi/ngày) chiếm 57,1%, insulin nhanh + nền (tiêm 4 mũi/ngày) là 22,9%, insulin nền (tiêm 1 mũi/ngày) là 20%.

Bảng 1.4. Một số nguyên nhân gây hạ đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ

Nguyên nhân	n	%
Giảm khẩu phần ăn	22	36,7
Bỏ bữa ăn (kể cả bữa phụ)	11	18,3
Uống rượu (trước HĐH 24h)	6	10,0
Tăng hoạt động thể lực	5	8,3
BN lấy sai liều thuốc (tăng liều)	5	8,3
BS mới tăng liều thuốc	4	6,7
Thay thuốc /đổi thuốc	4	6,7
Nguyên nhân khác	3	5,0
Tổng	**60**	**100**

Nhận xét: Các nguyên nhân liên quan đến bữa ăn (giảm khẩu phần ăn và bỏ bữa ăn) là nguyên nhân HĐH thường gặp nhất chiếm 55%.

- Các nguyên nhân liên quan đến sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ: BN lấy sai liều thuốc (tăng liều), BS mới tăng liều thuốc, thay

thuốc /đổi thuốc (23,3%).

- Trong đó có 5% bệnh nhân không rõ nguyên nhân.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm hạ đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 1.1), biểu hiện của TKTV hay gặp nhất là vã mồ hôi (66,7%), tiếp đến là run tay chân (57,4%), tim đập nhanh (53,7%), cảm giác đói (44,4%), tương tự với nghiên cứu của Vũ Thu Thủy [7].Đây là những dấu hiệu cảnh báo rất quan trọng, giúp bệnh nhân và người nhà sớm nhận biết triệu chứng của HĐH để xử trí kịp thời khỏi nguy hiểm đến tính mạng.Các triệu chứng TKTW như mệt (38,9%), đau đầu (22,2%) và chóng mặt (24,1%) thường không đặc hiệunên bệnh nhân cũng như người nhà khó để nhận biết HĐH, khi các triệu chứng biểu hiện rõ ràng như kích thích, co giật, hôn mê thì bệnh đã rất nặng và nguy hiểm. HĐH không triệu chứng chiếm tỷ lệ (10%), thấp hơn so với các nghiên cứu của một số tác giả trong nước Vũ Thu Thủy [7], Trần Thị Ngọc Sanh[10] có thể do nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhập viện do HĐHchiếm tỷ lệ cao (75%) mà hầu hết các bệnh nhân này đều có triệu chứng lâm sàng.Tuy nhiên HĐH không triệu chứng ở mức độ trung bình và nhẹ cũng có thể gây nguy hiểm đến tính mạng mặc dù lượng đường huyết tưởng như duy trì ở mức an toàn, những cơn HĐH không triệu chứng xảy ra với thời gian dài hoặc ngắn nhưng liên tục sẽ rất nguy hiểm vì nó có khả năng gây hủy hoại hệ thống TKTW. Khi không có triệu chứng, tình trang HĐH kéo dài không được điều trị kịp thời làm tổn thương hệ thần kinh trung ương và bệnh nhân nhanh chóng đi vào hôn mê.

Nồng độ đường huyết trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,3 mmol/L. Nồng độ đường huyết của nhóm HĐH khi đang điều trị tại bệnh viện cao hơn nhóm HĐH ngoài bệnh viện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với với $p < 0,05$. Kết quả trên là do nhóm bệnh nhân HĐH khi đang điều trị trong bệnh viện thường được phát hiện sớm nhờ thử đường huyết mao mạch thường quy nên mức đường huyết khá cao và triệu chứng lâm sàng thường nhẹ, nên có thể xử lý sớm và tránh các hậu quả nặng nề. Nhóm bệnh nhân nhập viện vì HĐH hầu hết họ sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ tại nhà mà không được kiểm tra đường huyết thường quy nên khó phát hiện HĐH sớm, nhiều bệnh nhân nhập viện trong tình trạng HĐH nặng.

Về một số nguyên nhân gây hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường

Điều trị ĐTĐ cần phải kết hợp dùng thuốc với chế độ dinh dưỡng, thay đổi lối sống cho phù hợp, đó là một thách thức lớn cho thầy thuốc và bệnh nhân để kiểm soát đường huyết lâu dài.Trong nghiên cứu của chúng tôi,chế độ ăn không hợp lý (giảm khẩu phần ăn và bỏ bữa ăn) là nguyên nhân HĐH thường gặp nhất chiếm 55%. Kết quả này tương tự với một số tác giả trên thế giới như Conceicao J, Dores J và cộng sự năm 2017 (Bồ Đào Nha)[13], Nguyễn Thị Ngọc Tiến và Tạ Văn Trầm [8], Vũ Thu Thủy [7].Như vậy đối với bệnh nhân ĐTĐ, thì vấn đề giảm khẩu phần ăn và bỏ bữa mà vẫn sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ như bình thường là nguyên nhân HĐH đáng quan tâm nhất, nên giáo dục cho bệnh nhân hiểu rõ vấn đề này để giảm thiểu tối đa biến chứng HĐH.

Các nguyên nhân liên quan đến sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ: BN lấy sai liều thuốc (tăng liều), BS mới tăng liều thuốc, thay thuốc /đổi thuốc) chiếm 23,3%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều lớn tuổi và có những bệnh nhân không có người hỗ trợ nên dễ có sự nhầm lẫn khi sử dụng

thuốc, một số bệnh nhân với mong muốn kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn đã tự ý tăng liều thuốc gây hậu quả HĐH nghiêm trọng. Ngoài ra một số trường hợp HĐH do đường huyết BN chưa đạt được mục tiêu điều trị, BS thay đổi phác đồ là tăng liều thuốc hay thay đổi nhóm thuốc tuy nhiên những trường hợp này ít nguy hiểm do có sự giám sát chặt chẽ của nhân viên y tế.

Nguyên nhân uống rượu chỉ chiếm 10% tuy nhiên thường ở mức độ nặng , rượu sẽ ngăn tiết glucose nội sinh và làm giảm nhận thức HĐH, thậm chí ở nồng độ thấp [4]. Vì vậy, các trường hợp xảy ra do rượu đều nhập viện ở tình trạng nặng là hôn mê, do bệnh nhân và người nhà nhầm lẫn triệu chứng báo hiệu HĐH như yếu cơ, run, mờ mắt, lú lẫn... với tình trạng say rượu. Ngoài ra, uống rượu thường dẫn đến khả năng bệnh nhân ăn ít hay bỏ bữa. Điều này càng làm cho tình trạng HĐH xảy ra trầm trọng hơn, gây nguy hiểm cho bệnh nhân nếu không được phát hiện và xử lý kịp thời [3].

Hoạt động thể lực là một trong những biện pháp điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ, hỗ trợ kiểm soát đường huyết được tốt hơn, tuy nhiên hoạt động thể lực không thường xuyên, hay hoạt động thể lực gắng sức lại là một trong những yếu tố thuận lợi gây HĐH. Theo nghiên cứu của chúng tôi tăng hoạt động thể lực chiếm 8,3% trong các nguyên nhân gây HĐH.

Mặc dù đã có nhiều nguyên nhân gây HĐH được đặt ra nhưng vẫn có 3 trong 60 trường hợp vẫn chưa tìm được nguyên nhân, chiếm tỉ lệ 5%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng. Trong đó triệu chứng TKTV thường gặp nhất là vã mồ hôi, run tay chân, tim đập nhanh.Triệu chứng TKTW thường gặp là mệt, đau đầu, chóng mặt, hôn mê.Thuốc điều trị ĐTĐ được sử dụng trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là insulin và nhóm SU.Các nguyên nhân HĐH thường gặp nhất liên quan đến bữa ăn, tiếp đến là các nguyên nhân liên quan đến sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ, uống rượu, tăng hoạt động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015),** "Bệnh đái tháo đường", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, pp. 174-207.
2. Lý Đại Lương, Nguyễn Thy Khuê (2007), "Các yếu tố hạ đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường và tình trạng sống còn sau 3 năm theo dõi", Tạp chí Y học TP HCM, Tập 15, pp. 1-5.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Tiến, Tạ Văn Trầm (2014),** Đặc điểm bệnh nhân ĐTĐ bị hạ đường huyết tại bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, Tạp chí y học TPHCM.
4. **Cryer Philip E (2013),** Mechanisms of Hypoglycemia-Associated Autonomic Failure in Diabetes, New England Journal of Medicine, pp. 362-372.
5. **Tsujimoto, Tetsuro, (2014),** Vital Signs, QT Prolongation, and Newly Diagnosed Cardiovascular Disease During Severe Hypoglycemia in Type 1 and Type 2 Diabetic Patients, Diabetes Care, pp. 217-225.
6. **American Diabetes Association (2018),** Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care.
7. **UK Hypoglycemia Study Group, (2007),** Risk of hypoglycaemia in types 1 and 2 diabetes: effects of treatment modalities and their duration.
8. **Conceicao J, Dores J, Araujo F, Laires P A, et al, (2018),** "Diabetes Obes Metab", Severe hypoglycaemia among patients with type 2 diabetes requiring emergency hospital admission: The Hypoglycaemia In Portugal Observational Study-Emergency Room (HIPOS-ER), Diabetes Obes Metab, pp. 50-59.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH HEN PHẾ QUẢN CÓ VIÊM MŨI DỊ ỨNG Ở TRẺ TỪ 6 ĐẾN 15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Bùi Thị Thanh Hoa[1] , Nguyễn Thị Mai Thơ[1] , Bùi Anh Sơn[2], Lê Thị Loan[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng (VMDƯ) với mức độ nặng của hen phế quản (HPQ). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhi từ 6 đến 15 tuổi mắc hen phế quản có viêm mũi dị ứng điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 5 năm 2020. **Kết quả:** 105 bệnh nhi gồm 65,7% nam; 34,3% nữ; 79% ở nhóm tuổi 6- 10 tuổi; 21% 11- 15 tuổi. Trong đó 62,9% có tiền sử viêm mũi dị ứng trước. Đa số các cơn hen khởi phát sau thay đổi thời tiết (64,8%). Các bệnh nhi chủ yếu mắc hen bậc 2 (59,1%) và được kiểm soát một phần 83,8%. Bốn triệu chứng chính của viêm mũi dị ứng gồm chảy nước mũi, ngứa mũi, hắt hơi, ngạt mũi. Mức độ viêm mũi dị ứng chủ yếu là nhẹ gián đoạn 41,9%, và nhẹ dai dẳng 32,4%, trung bình - nặng gián đoạn 18,1% và trung bình - nặng dai dẳng 7,6%. Những bệnh nhi viêm mũi dị ứng mức độ trung bình - nặng có nguy cơ mắc hen phế quản nặng hơn so với những bệnh nhi viêm mũi dị ứng mức độ nhẹ, đồng thời có sự giảm dần giá trị trung bình các thông số chức năng hô hấp theo mức độ nặng viêm mũi dị ứng. **Kết luận**: 62,9% bệnh nhi có tiền sử VMDƯ trước HPQ, đa số khởi phát hen sau 1 năm. Yếu tố khởi phát cơn hen thường gặp nhất là sau thay đổi thời tiết. Bốn triệu chứng chính của VMDƯ bao gồm chảy nước mũi trong, hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi. Giá trị trung bình của các thông số chức năng hô hấp có sự giảm dần theo mức độ nặng của hen. Những bệnh nhân mắc VMDƯ trung bình - nặng có nguy cơ mắc HPQ nặng hơn so với bệnh nhân VMDƯ mức độ nhẹ.

Từ khóa: Viêm mũi dị ứng, Hen phế quản, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF ASTHMA WITH ALLERGIC RHINITIS AMONG CHILDREN 6 TO 15 YEAR OLD IN NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: The clinical and subclinical characteristicsand explores the association between allergic rhinitis and the severity of bronchial asthma. **Subjects and methods**: Cross-sectional descriptive study on 105 children from 6 to 15 years old with bronchial asthma with allergic rhinitis treated at Respiratory Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from December 2019 to May 2020. **Results**: 105 pediatric patients, including 65,7% male; 34,3% female; 79% in the age group 6- 10 years old; 21% 11-15 years old. Of

[1]*Trường Đại học Y Khoa Vinh,*
[2]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thanh Hoa
Email: thanhhoa@vmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

which 62,9% had a history of previous allergic rhinitis. The majority of asthma attacks start after a change in weather (64,8%). Pediatric patients mainly have second-line asthma (59,1%) and are partially controlled 83,8%. The four main symptoms of allergic rhinitis include runny nose, itchy nose, sneezing, and stuffy nose. The level of allergic rhinitis was mainly mild intermittent 41,9% and mild persistent 32,4%, moderate - severe intermittent 18,1% and moderate - severe persistent 7,6%. Pediatric patients with moderate-severe allergic rhinitis have a greater risk of developing bronchial asthma than pediatric patients with mild allergic rhinitis, with a gradual decrease in mean functional parameters, the mean value of functional respiratory parameters decreased gradually according to severity of allergic rhinitis. **Conclusion**: 62,9% of pediatric patients had a history of allergic rhinitis before bronchial asthma, most onset of asthma after 1 year. The most common trigger for asthma attacks is after a change in weather. The four main symptoms of allergic rhinitis include clear runny nose, sneezing, itchy nose, and stuffy nose. Mean values of functional respiratory parameters decreased with severity of asthma. Patients with moderate - severe allergic rhinitis have a greater risk of severe bronchial asthma than patients with mild allergic rhinitis.

Keywords: Allergic rhinitis, bronchial asthma, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới có khoảng 300 triệu người mắc HPQ, 6-18% ở trẻ dưới 15 tuổi. Hàng năm có 20 vạn người tử vong do hen, đứng thứ 22 về ảnh hưởng tuổi thọ do các bệnh lý gây ra [2].

Trong các bệnh lý quá mẫn, VMDƯ là bệnh đường hô hấp phổ biến nhất ở các quốc gia trên thế giới. Các nghiên cứu cho thấy 20% dân số thế giới và 40% trẻ em bị VMDƯ [6]. Tại Việt Nam, bệnh ảnh hưởng đến 20- 45% dân số. Theo Tăng Xuân Hải, tỷ lệ lưu hành VMDƯ ở học sinh trung học cơ sở TP Vinh tỉnh Nghệ An là 15,3% [3]. Tuy tác động lên chức năng hô hấp không lớn, nhưng tác động lên chất lượng cuộc sống nặng nề như ảnh hưởng tới giấc ngủ, sự tập trung khi làm việc, giao tiếp, hay triệu chứng khó chịu đặc biệt trên các bệnh nhân mắc HPQ. Chi phí trực tiếp điều trị về mặt y tế thấp, song chi phí gián tiếp do ảnh hưởng của nó được ghi nhận là đáng kể.

Sự song hành của HPQ và VMDƯ đã được biết đến từ rất lâu. VMDƯ được xem là một yếu tố nguy cơ của hen, cũng như nó làm nặng lên tình trạng HPQ, tăng số lần nhập viện vì cơn hen cấp. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng với mức độ nặng của hen phế quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán hen phế quản có viêm mũi dị ứng từ 6 đến 15 tuổi điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 5 năm 2020.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Trẻ từ 6 đến 15 tuổi
- Được chẩn đoán HPQ theo tiêu chuẩn GINA 2019 (Global Initiative for Asthma).

và VMDƯ theo tiêu chuẩn ARIA 2008 (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma).

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhi mắc kèm các bệnh lý về hô hấp khác như bệnh phổi mạn tính, xơ nang phổi, giãn phế quản, cắt phổi.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Áp dụng chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu 105 bệnh nhi thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp thu thập số liệu: Tiến hành khám, thu thập trực tiếp và từ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

3. Phân tích và xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

4. Đạo đức trong nghiên cứu: Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Khoa Vinh thông qua. Nghiên cứu có sự đồng ý của lãnh đạo của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Khoa Hô hấp, và tự nguyện của gia đình bệnh nhi. Mọi thông tin các đối tượng được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

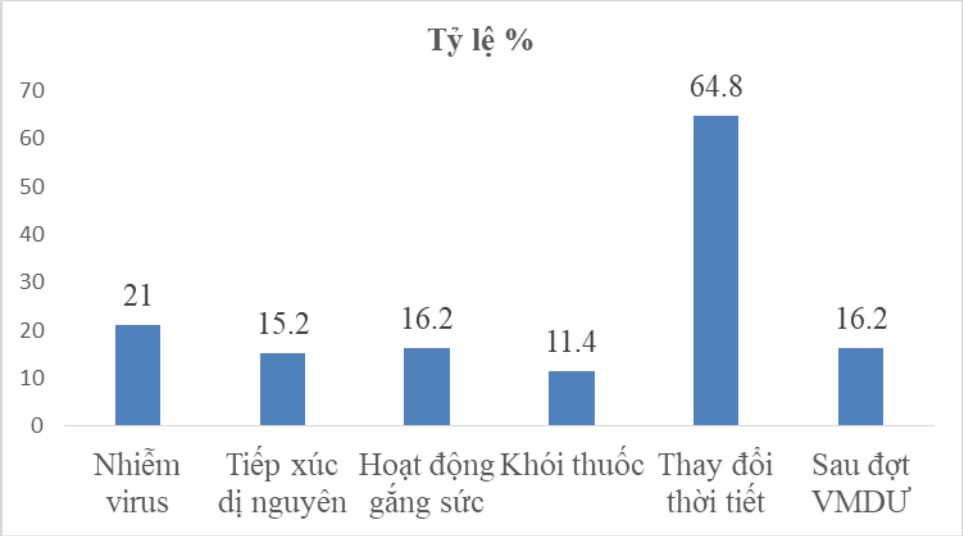
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh HPQ có VMDƯ

Kết quả nghiên cứu trên 105 bệnh nhi, trong đó nhóm tuổi 6-10 tuổi 79%, 11-15 tuổi 21%. Nam chiếm 65,7%, nữ 34,3%.

Có 62,9% trẻ có tiền sử VMDƯ trước HPQ và 75% khởi phát hen sau VMDƯ 1 năm. Có 33,3% trẻ có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý dị ứng như hen, VMDƯ, chàm, mày đay, dị ứng thời tiết, dị ứng thức ăn, dị ứng thuốc.

Các triệu chứng đầu tiên của hen xuất hiện chủ yếu ở 3- 6 tuổi (83,8%), một số trẻ khởi phát các triệu chứng ở nhóm 7- 10 tuổi.



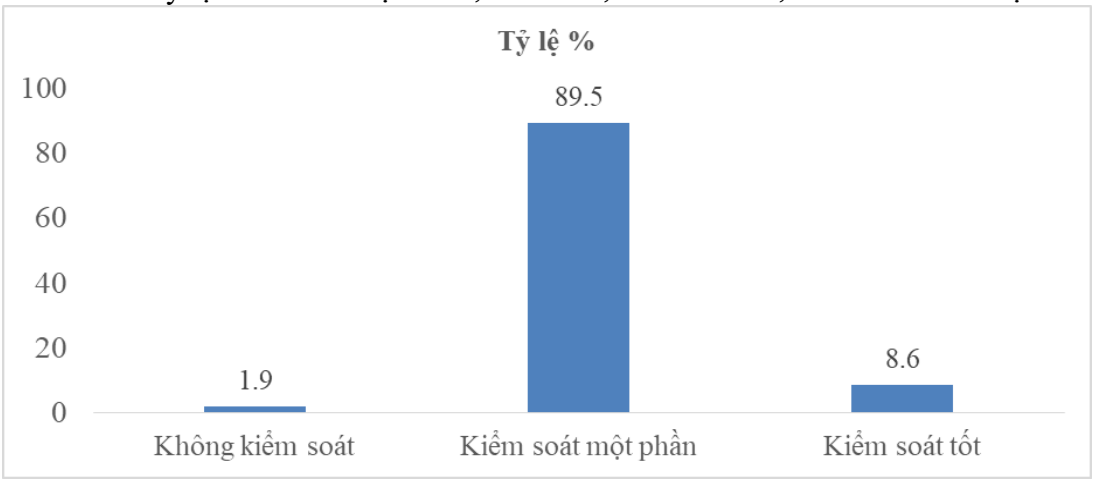
Biểu đồ 1. Các yếu tố khởi phát cơn hen cấp

Trong 6 yếu tố, gây khởi phát cơn hen cấp thường gặp nhất là sau thay đổi thời tiết.

Bảng 1. Phân bố trẻ theo mức độ nặng của HPQ

Bậc hen	N	Tỷ lệ %
Bậc 1	14	13,3
Bậc 2	62	59,1
Bậc 3	27	25,7
Bậc 4	2	1,9
Tổng	105	100,0

Theo mức độ nặng của HPQ, hen bậc 2 chiếm đa số trong khảo sát với 59,1%, bậc 1 và bậc 3 chiếm với tỷ lệ ít hơn lần lượt là 13,3% và 25,7%. Chỉ có 1,9% trẻ mắc hen bậc 4.



Biểu đồ 2. Mức độ kiểm soát hen

Có 83,8% các bệnh nhi được kiểm soát hen một phần. Có 14,3% được kiểm soát tốt, chỉ 1,9% trẻ không được kiểm soát.

Bảng 2. Các triệu chứng của VMDƯ

Triệu chứng	N	Tỷ lệ %
Chảy nước mũi trong	99	94,3
Ngứa mũi	61	58,1
Hắt hơi	86	81,9
Ngạt mũi	70	66,7
Ngứa họng	11	10,5
Nói giọng mũi	10	9,5
Ngứa mắt, đỏ mắt	14	13,3
Chảy dịch thành sau họng	9	8,6
Đau đầu	2	1,9

Bốn triệu chứng thường gặp nhất của VMDƯ vẫn gồm chảy nước mũi, ngứa mũi, hắt hơi, ngạt mũi.

Phân loại theo ARIA 2008, bệnh nhi VMDƯ mức độ nhẹ gián đoạn và nhẹ dai dẳng chiếm đa số (41,9% và 32,4%). Mức độ trung bình - nặng gián đoạn và trung bình - nặng dai dẳng lần lượt là 18,1% và 7,6%.

Bảng 3. Một số thông số chức năng thông khí ở trẻ HPQ có VMDƯ (n=103)

Chức năng hô hấp	Bậc 1 $\bar{X}$±SD	Bậc 2 $\bar{X}$± SD	Bậc 3 $\bar{X}$± SD
FEV_1 % SLT	88,93 ± 3,95	86,43 ± 5,31	79,03 ± 5,34
FVC % SLT	101 ± 3,61	99,75 ± 4,7	95,7 ± 5,97
FEV_1/FVC %	96,93 ± 4,87	94,36 ± 5,46	83,18 ± 7,89

2. Mối liên quan giữa VMDƯ và mức độ nặng của HPQ

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ VMDƯ và mức độ nặng của hen

Mức độ nặng / Mức độ VMDƯ	Bậc 1		Bậc 2		Bậc 3		Bậc 4		Tổng	p
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Nhẹ	14	17,9	52	66,7	12	15,4	0	0	78	<0,001
Trung bình - nặng	0	0	10	37	15	55,6	2	7,4	27	
Tổng	14	13,3	62	59	27	25,7	2	1,9	105	

Số bệnh nhân VMDƯ trung bình - nặng mắc hen phế quản bậc cao hơn so với số bệnh nhân VMDƯ nhẹ mắc hen ở bậc tương ứng với p có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan giữa VMDƯ và các thông số chức năng hô hấp

Phân loại VMDƯ	FEV1 %	FVC %	FEV1/FVC %
Nhẹ gián đoạn	87,2 ± 6,20	100,64 ± 5,10	100,64 ± 5,92
Nhẹ dai dẳng	83,42 ± 5.07	97,37 ± 5,11	97,37 ± 7,86
Trung bình - nặng gián đoạn	82,00 ± 5,27	97,27 ± 5,99	89,11 ± 8,76
Trung bình - nặng dai dẳng	76,71 ± 5,15	96,42 ± 2,82	87,28 ± 6,60

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự giảm dần các giá trị trung bình của FEV1 và FEV1/FVC theo mức độ nặng của VMDƯ lần lượt là nhẹ gián đoạn, nhẹ dai dẳng, trung bình - nặng gián đoạn và trung bình - nặng dai dẳng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh HPQ có VMDƯ

HPQ là bệnh gặp ở mọi lứa tuổi. Kết quả khảo sát 105 bệnh nhi cho thấy hen gặp ở mọi độ tuổi từ 6 đến 15, tỷ lệ trẻ mắc hen gặp nhiều ở nhóm tuổi 6 - 10 chiếm 79%. Kết quả này tương đương với tác giả Phùng Chí Thiện, trẻ 6- 10 tuổi chiếm 59,7% và 11-15 tuổi là 40,3% [5]. Trong đó nam chiếm 65,7%, nữ 34,3%. Kết quả này phù hợp nhận định của các tác giả khác như Lê Thị Minh Hương (nam 70%, nữ 30%) [4] hay Đặng Hương Giang (nam/nữ là 1,45) [1], trước độ tuổi dậy thì tỷ lệ trẻ nam mắc hen cao hơn trẻ nữ, ở độ tuổi dậy thì tỷ lệ này tương đương nhau, sau độ tuổi dậy thì nữ mắc cao hơn nam.

Tính chất tiền sử dị ứng của cá nhân, gia đình được nhắc đến từ rất lâu trong các nghiên cứu về hen nói riêng, các bệnh dị ứng- miễn dịch nói chung. Kết quả khảo sát cho thấy, trong 105 trẻ thì có tới 62,9% trẻ đã có tiền sử VMDƯ trước hen, trong số đó có 75% khởi phát hen sau VMDƯ 1 năm. Qua đây có thể thấy rằng VMDƯ là bệnh lý dị ứng thường gặp nhất ở các bệnh nhân HPQ. Bên cạnh đó có 33,33% trẻ có người thân trong gia đình mắc các bệnh dị ứng như hen, VMDƯ, chàm, mày đay, dị ứng thời tiết, dị ứng thuốc, dị ứng thức ăn.

Các triệu chứng đầu tiên của hen có thể gặp ở bất kì độ tuổi nào, bao gồm các biểu hiện khò khè, khó thở, ho và tức nặng ngực tái diễn nhiều lần, thay đổi theo thời gian. Nhóm tuổi gặp nhiều là 3- 6 tuổi (83,8%).

Có rất nhiều yếu tố gây khởi phát cũng như làm nặng lên các cơn hen cấp. Yếu tố khởi phát cơn hen gặp nhiều nhất vẫn là sau thay đổi thời tiết đột ngột (64,8%), tiếp đến là sau đợt nhiễm virus (21%), gắng sức và sau đợt VMDƯ với 16,2%, 15,2% gặp sau tiếp xúc các dị nguyên, 11,4% sau tiếp xúc khói thuốc. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác khi cho rằng thay đổi thời tiết là yếu tố chính khởi phát cơn hen. Như tác giả Đặng Hương Giang khi tiến hành nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học hen ở nhóm trẻ 13- 14 tuổi trên địa bàn Hà Nội cho thấy, có 56,4% nguyên nhân khởi phát hen do thay đổi thời tiết [1].

Phân loại theo mức độ nặng của hen, các đối tượng trong khảo sát chủ yếu mắc hen bậc 2 chiếm 59,1%, hen bậc 1 và bậc 3 gặp ít hơn với 13,3% và 25,7%. Chỉ có 1,9% trường hợp mắc hen bậc 4. Phân loại mức độ kiểm soát hen theo GINA 2019 dựa trên các tiêu chí: triệu chứng ban ngày > 2 lần/tuần, có thức giấc về đêm do hen, nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn hơn 2 lần mỗi tuần và có hạn chế hoạt động thể lực do hen trong 4 tuần gần đây. Kết quả cho thấy 83,8% các trẻ được kiểm soát hen một phần, có 14,3% được kiểm soát tốt, chỉ khoảng 1,9% không được kiểm soát.

Về triệu chứng VMDƯ, 94,3% có chảy nước mũi trong, 81,9% hắt hơi, 58,1% ngứa mũi, 66,7% ngạt mũi, 13,3% ngứa mắt đỏ mắt, 10,5% ngứa họng, 9,5% nói giọng mũi, 8,6% chảy dịch thành sau họng, 1,9% đau đầu. Kết quả này tương đương tác giả Lê Thị Minh Hương và cộng sự khi nhận định bốn triệu chứng chính của VMDƯgồm chảy nước mũi, hắt hơi, ngạt mũi, ngứa mũi gặp với tần suất cao [4].

Dựa theo phân loại VMDƯ của ARIA 2008 với các đặc điểm về thời gian, triệu chứng, mức độ ảnh hưởng lên công việc học tập. Có 41,9% trẻ trong nghiên cứu ở mức độ VMDƯ nhẹ gián đoạn và nhẹ dai dẳng là 32,4%. Trung bình - nặng gián đoạn và trung bình - nặng dai dẳng chiếm tỷ lệ nhỏ với 18,1% và 7,6%. Nghiên cứu của tác giả Tăng Xuân Hải trên 515 học sinh mắc VMDƯ trên địa bàn thành phố Vinh, trẻ với mức độ VMDƯ chủ yếu là trung bình và nhẹ lần lượt là 46,7% và 28,9%; nặng chỉ chiếm 24,4% [3].

Giá trị trung bình của các thông số chức năng hô hấp có sự giảm dần theo mức độ nặng của hen, cụ thể FEV_1, FVC và FEV_1/FVC giảm dần từ hen bậc 1 đến bậc 3. Giá trị trung bình của FEV_1 ở nhóm trẻ mắc hen bậc 1, bậc 2, bậc 3 lần lượt là 88,93 ± 3,95, 86,43 ± 5,31, 79,03 ± 5,34. Giá trị trung bình của FEV_1/FVC ở nhóm trẻ mắc hen bậc 1, bậc 2, bậc 3 lần lượt là 96,93 ± 4,87, 94,36 ± 5,46, 83,18 ± 7,89.

2. Mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng và mức độ nặng của hen phế quản

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan mật thiết giữa mức độ VMDƯ và mức độ nặng của HPQ. Những bệnh nhân VMDƯ mức độ trung bình - nặng có nguy cơ mắc hen phế quản nặng hơn so với những bệnh nhân VMDƯ mức độ nhẹ. Cụ thể tỷ lệ bệnh nhân hen bậc 3 kèm VMDƯ mức độ trung bình - nặng là 55,6%, cao hơn hẳn tỷ lệ bệnh nhân hen bậc 3 kèm VMDƯ mức độ nhẹ (15,4%). Ngoài ra tất cả các bệnh nhân HPQ bậc 4 đều mắc VMDƯ mức độ trung bình - nặng. Đồng thời không có bệnh nhân nào hen bậc 1 mắc VMDƯ mức độ trung bình - nặng. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p< 0,05$. Kết quả này tương đương với kết quả tác giả Lê Thị Minh Hương [4].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự giảm dần giá trị trung bình của các thông số

chức năng hô hấp theo mức độ nặng dần của VMDƯ là nhẹ gián đoạn, nhẹ dai dẳng, trung bình - nặng gián đoạn, trung bình - nặng dai dẳng.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi mắc HPQ có VMDƯ cao ở nhóm trẻ 6-10 tuổi, với tỷ lệ nam cao hơn nữ gấp 1,91 lần. Có 62,9% bệnh nhi có tiền sử VMDƯ trước HPQ, đa số khởi phát hen sau 1 năm.

Yếu tố khởi phát cơn hen thường gặp nhất là sau thay đổi thời tiết. Hầu hết các bệnh nhi mắc hen bậc 2 và được kiểm soát hen một phần.

Bốn triệu chứng chính của VMDƯ bao gồm: chảy nước mũi trong, hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi.

Mức độ VMDƯ chủ yếu là nhẹ gián đoạn và nhẹ dai dẳng. Giá trị trung bình của các thông số chức năng hô hấp có sự giảm dần theo mức độ nặng của hen.

Có mối liên quan giữa mức độ viêm mũi dị ứng và mức độ nặng của HPQ. Những bệnh nhân mắc VMDƯ trung bình - nặng có nguy cơ mắc HPQ nặng hơn so với bệnh nhân VMDƯ mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang Đặng Hương** (2014). Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản ở trẻ em 13-14 tuổi và hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe ở hai quận của Hà Nội, Luận án tiến sỹ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
2. **GINA** (2019), Sổ tay hướng dẫn xử trí và dự phòng hen phế quản 2019, Người dịch GS.TSKH. BS Dương Quý Sỹ.
3. **Hải Tăng Xuân** (2019). Thực trạng VMDƯ và hiệu quả can thiệp điều trị Fluticasone ở học sinh Trung học cơ sở thành phố Vinh tỉnh Nghệ An năm 2014- 2016, Luận án tiến sỹ trường Đại học Y dược Hải Phòng.
4. **Hương Lê Thị Minh, Hải Lê Thanh** (2012). Mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng và hen phế quản trẻ em tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương, Tạp chí y học thực hành (866) trang 152, 153 - số 4/2013.
5. **Thiện Phùng Chí** (2010). Nghiên cứu thực trạng mắc bệnh hen phế quản và một số các yếu tố liên quan ở học sinh Tiểu học, Trung học Lê Hồng Phong, Ngô Quyền, Hải Phòng", Tạp chí y học thực hành (878) trang 107 - số 8/2013.
6. **ARIA** (2008). Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thị Ngọc Mai[1], Nguyễn Văn Tuấn[1], Hồ Thị Hoài Thương[2], Trần Thị Anh Thơ[1]

TÓM TẮT[25]

Đặt vấn đề: Suy thượng thận (STT) gây ra những rối loạn chuyển hóa cấp tính hoặc mạn tính, đặc biệt có thể gây STT cấp dẫn đến tử vong. Bệnh cảnh lâm sàng STT mạn (tiên phát hoặc trung ương) thường âm thầm và không đặc hiệu nên thường bị bỏ qua. Thực trạng lạm dụng glucocorticoid (GC) trong điều trị là một nguyên nhân gây STT với tỷ lệ cao. **Mục tiêu nghiên cứu**: (1) Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận tại khoa nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An (2). Tìm hiểu một số nguyên nhân gây suy thượng thận thường gặp ở bệnh nhân suy thượng thận tại khoa nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, đối tượng là những bệnh nhân được chẩn đoán STT theo Bộ y tế 2015 được điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian tháng 12/2019 đến tháng 04/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân: Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu như mệt mỏi (81,7%), rối loạn tiêu hóa (46,7%), xạm da gặp ở tất cả bệnh nhân STT tiên phát. Phần lớn số bệnh nhân gặp hội chứng Cushing ngoại sinh (83,3%). Nồng độ cortisol máu 8 giờ sáng rất thấp với giá trị trung bình là 52,66 ± 39,65 nmol/l. Tất cả bệnh nhân STT trung ương đều có ACTH bình thường hoặc giảm. Trong nhóm STT tiên phát tất cả bệnh nhân có ACTH tăng. Một số nguyên nhân gây STT thường gặp: do dùng GC kéo dài (83,3%), do bệnh lý tuyến yên (13,4%) và bệnh Addison (3,3%). Trong đó STT do dùng GC hay gặp nhất ở bệnh nhân cơ xương khớp (46,7%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy mệt mỏi hay gặp nhất ở bệnh nhân STT, hội chứng Cushing ngoại sinh gặp ở tất cả bệnh nhân STT do dùng GC, chủ yếu ở bệnh nhân bị bệnh cơ xương khớp. Cortisol máu 8h sáng có giá trị trung bình là 52,66 ± 39,65 nmol/l, STT do dùng GC hay gặp nhất ở bệnh nhân cơ xương khớp (46,7%).

Từ khóa: Suy thượng thận, hội chứng Cushing ngoại sinh, cortisol

[1]*Đại học Y khoa Vinh*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Mai
Email: mainguyenngoc817@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ADRENAL INSUFFICIENXY AT ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT OF NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Background: Adrenal insufficiency which causes acute or chronic metabolic disorders, particularly can cause an acute adrenal insufficiency that leads to death. The clinical feature of chronic adrenal insufficiency (primary or central) is often silent and nonspecific which

is therefore often ignored. Abusing glucocorticoid (GC) in the treatment is a highly cause of adrenal insufficiency. **Objectives:** (1) Assess the clinical and paraclinical features of patients with adrenal insufficiency at Endocrinology Department of Nghe An General hospital; (2) investigate the common causes of adrenal insufficiency in patients with adrenal insufficiency at Endocrinology Department of Nghe An General hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional description, the subject of the study is the patients who are diagnosed with adrenal insufficiency in accordance with Ministry of Health's standard in 2015 at Endocrinology Department of Nghe An General hospital from December 2019 to April 2020. **Results:** The clinical and paraclinical features in patients as follow: Clinical features are usually nonspecific such as fatigue (81.7%), gastrointestinal disorder (46.7%), and darkening of the skin are seen in all patients with primary adrenal insufficiency. The majority of patients with exogenous Cushing's syndrome (83.3%). The level of blood cortisol concentration at 8 am was very low with average value from 52.66 ± 39.65nmol/l. All patients with central adrenal insufficiency have a normal or decreased value of ACTH. In the primary adrenal insufficiency group, all patients had an increased value of ACTH. Some common causes of adrenal insufficiency are: due to prolonged use of GC (83.3%), diseases of pituitary gland (13.4%) and Addison's disease (3.3%). In which, (Glucocorticoid) GC-induced adrenal insufficiency was most common in osteoarthritis patients (46.7%). **Conclusion:** The study showed that fatigue was most common feature in patients with adrenal insufficiency, exogenous Cushing syndrome was found in all patients with GC-induced adrenal insufficiency, was mainly occurred in patients with osteoarthritis. The level of cortisol in the blood at 8 am has the average value from 52.66 ± 39.65nmol/l, adrenal insufficiency caused by Glucocorticoid abusing is most common in osteoarthritis patients (46.7%).

Keywords: Adrenal insufficiency, exogenous Cushing's syndrome, cortisol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thượng thận (STT) là tình trạng giảm sản xuất glucocorticoid (GC), mineralcorticoid, androgen hoặc cả ba do nhiều nguyên nhân [1]. Bệnh cảnh lâm sàng STT mạn (tiên phát hoặc trung ương) diễn biến âm thầm và không đặc hiệu vì vậy thường bị bỏ qua. STT gây ra những rối loạn chuyển hóa cấp tính hoặc mạn tính, đặc biệt có thể gây STT cấp dẫn đến tử vong. Theo một nghiên cứu ở Nhật Bản năm 2012 tỷ lệ STT cấp ở những người STT tiên phát là 9,5% , 10,4% ở những bệnh nhân STT trung ương mắc bệnh trong vòng 15 năm [2]. Thực trạng lạm dụng GC trong điều trị vẫn đang diễn ra mạnh mẽ dẫn đến một tỷ lệ cao STT do thuốc [3]. Hơn nữa nhiều bệnh nhân STT trung ương do bệnh lý tuyến yên bị bỏ qua. Để góp phần dự phòng, chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên tại khoa Nội tiết bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 12/2019 đến tháng 4/2020, với 2 mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận tại khoa nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An; tìm hiểu một số nguyên nhân gây suy thượng thận thường gặp ở bệnh nhân suy thượng thận tại khoa nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có một hoặc nhiều biểu hiện lâm sàng như mệt mỏi, gầy sút, rối loạn tiêu hóa, xạm da niêm mạc, hội chứng Cushing ngoại sinh, hạ huyết áp; và xét nghiệm có cortisol máu 8 giờ sáng < 138 nmol/l. Loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán STT và điều trị hormon thay thế đang trong tình trạng ổn định, bệnh nhân có thai, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Cách lấy mẫu: Cỡ mẫu là cỡ mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu (n= 60).

- Các bước nghiên cứu:

+ Bước 1: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn, thực hiện hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

+ Bước 2: Phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các nguyên nhân thường gặp và một số đặc điểm liên quan của bệnh nhân STT.

+ Bước 3: Kết luận.

Tiêu chuẩn đánh giá

- Chẩn đoán STT dựa theo chuẩn chẩn đoán của Bộ y tế 2014 và Hội nội tiết – đái tháo đường Việt Nam năm 2019 [1, 4]:

Lâm sàng: Mệt mỏi, gầy sút, rối loạn tiêu hóa, xạm da niêm mạc, hạ huyết áp, hội chứng Cushing ngoại sinh, hạ đường huyết, rối loạn tâm thần kinh, đau khớp, đau cơ…

Cận lâm sàng:

Cortisol huyết tương < 138 nmol/l

ACTH tăng > 55,5 pmol/l: STT tiên phát; ACTH giảm < 4,4 pmol/l: STT trung ương

- Đánh giá tình trạng loãng xương qua T – Score [5]:

Bảng 1: Chẩn đoán loãng xương bằng chỉ số T – score

Chẩn đoán	T – score
Bình thường	≥ -1
Thiểu xương	Từ -1 đến -2,5
Loãng xương	≤ -2,5
Loãng xương nặng	< -2,5 và có một hoặc nhiều gãy xương

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

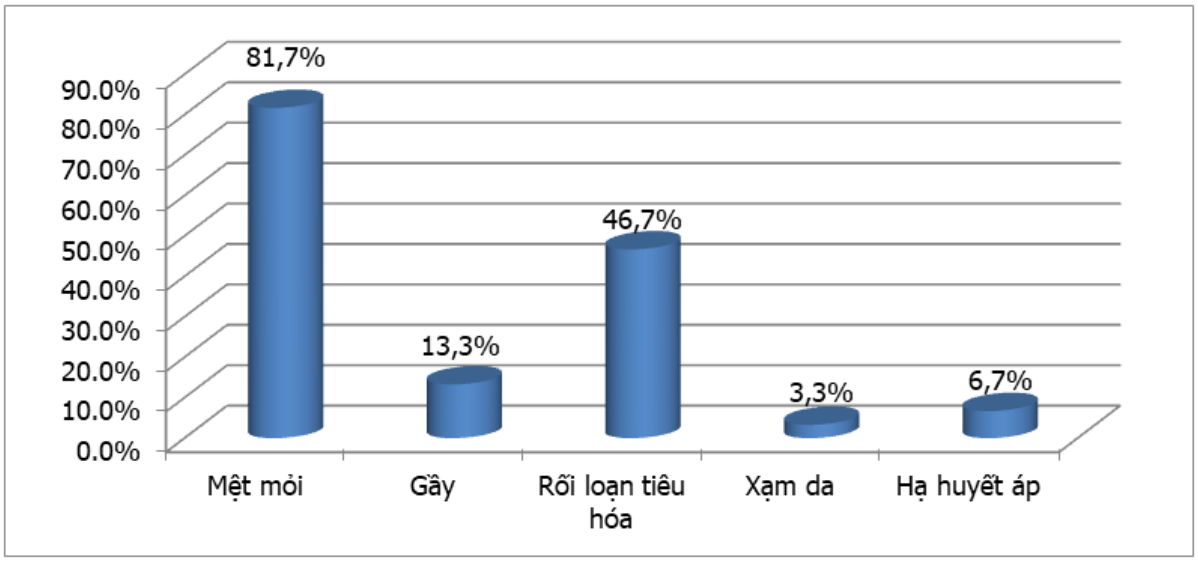
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi và giới: Trong nhóm nghiên cứu gặp các bệnh nhân có độ tuổi từ 22 đến 86, tuổi mắc bệnh trung bình là 59,43 ± 13,42. Nhóm tuổi từ 45 – 64 chiếm tỷ lệ cao nhất (45%). Tỷ lệ STT ở nữ (51,7%) cao hơn so với nam (48,3%).

- Tiền sử mắc các bệnh kèm theo: Tỷ lệ cao nhất là đái tháo đường (65%); tăng huyết áp (51,7%); bệnh tuyến yên (13,3%) và các bệnh lý khác chiếm 30%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy thượng thận

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của suy thượng thận



Biểu đồ 1: Đặc điểm lâm sàng của STT

Triệu chứng lâm sàng gặp với tần suất cao nhất là mệt mỏi chiếm 81,7%; rối loạn tiêu hóa (46,7%); xạm da là dấu hiệu gợi ý STT tiên phát chiếm 100% trong nghiên cứu của chúng tôi. Phần lớn số bệnh nhân gặp hội chứng Cushing ngoại sinh (83,3%); có biểu hiện lâm sàng hay gặp mặt tròn như mặt trăng (100%), béo bụng chiếm 76%.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của suy thượng thận

- Cortisol máu 8 giờ sáng: Thấp nhất là 1,8 nmol/l và cao nhất là 130,1 nmol/l; nồng độ trung bình là 52,66 ± 39,65 nmol/l.

- ACTH máu 8 giờ sáng:

Bảng 2: Phân bố nồng độ ACTH máu 8 giờ sáng

Bệnh / Nồng độ ACTH	STT tiên phát		STT trung ương	
	n	%	n	%
Thấp	0	0	17	29,3
Bình thường	0	0	41	70,7
Tăng	2	100	0	0

Tất cả bệnh nhân STT trung ương đều có ACTH bình thường hoặc giảm. Trong nhóm STT tiên phát tất cả bệnh nhân có ACTH tăng.

- Điện giải đồ máu: Đa số bệnh nhân có Natri, Kali máu ở mức bình thường; chỉ có 40% bệnh nhân có nồng độ Natri máu giảm và tăng chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ Kali máu giảm chiếm 33,3% và không có bệnh nhân nào tăng Kali máu.

- Glucose máu đói: Đa số bệnh nhân có giá trị đường huyết lúc đói tăng (51,7%) và không có bệnh nhân nào bị hạ đường huyết.

- Chẩn đoán loãng xương qua chỉ số T – score: Số bệnh nhân bị thiểu xương chiếm tỷ lệ cao nhất 45%; loãng xương (18,3%) và loãng xương nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,3%.

3.3. Tìm hiểu các nguyên nhân gây STT thường gặp và một số đặc điểm liên quan

- Dùng GC là nguyên nhân hàng đầu gây STT (83,3%), tiếp theo là STT do bệnh lý tuyến yên (13,4%) và bệnh Addison chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,3%.

- Khai thác tiền sử bệnh của bệnh nhân, các lí do sử dụng GC trước nghiên cứu là: bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%); bệnh COPD (15%); bệnh da liễu (13,3%); hen phế quản (10%); một số bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,3%. Đường uống hay được dùng nhất (96%); đường tiêm (76%); đường hít (30%); đường ngoài da ít được sử dụng nhất chiếm 16%. Và phần lớn sử dụng kéo dài trên 3 tuần (94%).

- Một số đặc điểm liên quan:

Bảng 3: Liên quan giữa nồng độ glucose máu đói và nguyên nhân STT

Nguyên nhân STT / Glucose máu đói	STT do dùng GC		STT do nguyên nhân khác		Tổng
	n	%	n	%	
Bình thường	20	68,9	9	31,1	29 (100%)
Tăng	30	96,7	1	3,3	31(100%)
Tổng	**50**	**83,3**	**10**	**16,7**	**60(100%)**
	p < 0,05				

Tỷ lệ glucose máu tăng ở nhóm STT do dùng GC cao hơn nhóm STT do nguyên nhân khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 4: Liên quan giữa loãng xương và nguyên nhân STT

Nguyên nhân STT / Loãng xương	STT do dùng GC		STT do nguyên nhân khác		Tổng
	n	%	n	%	
Có	12	92,3	1	7,7	13 (100%)
Không	38	80,9	9	19,1	47(100%)
Tổng	**50**	**83,3**	**10**	**16,7**	**60(100%)**
	p > 0,05				

Tình trạng loãng xương giữa 2 nhóm STT do dùng GC và STT do nguyên nhân khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy thượng thận

Các triệu chứng lâm sàng chung của thiếu hụt hormone vỏ thượng thận chủ yếu là mệt mỏi chiếm 81,7%; rối loạn tiêu hóa 46,7% và xạm da là dấu hiệu gợi ý STT tiên phát chiếm 100% trong NC của chúng tôi. Kết quả trên tương đồng với NC của Lại Thanh Hà (2015): mệt mỏi hay gặp nhất với 97,3%. Và Nghiên cứu của Bruno (2003) xạm da gặp ở tất cả BN STT tiên phát [6, 7].

Phần lớn bệnh nhân trong NC của chúng tôi có biểu hiện của hội chứng Cushing ngoại sinh chiếm 83,3%, đây là những bệnh nhân có tiền sử dùng GC kéo dài gây nên 1 tỷ lệ

lớn STT do dùng GC. Với đặc điểm lâm sàng hay gặp nhất là mặt tròn như mặt trăng chiếm 100%; béo bụng 76% có sự khác biệt nghiên cứu của Trần Quang Nam năm 2012 trên 101 BN dùng GC kéo dài tại BV Đại học YDTPHCM biểu hiện thường gặp là mặt tròn (26%), dễ bầm da (20%) [8].

Cortisol máu 8 giờ sáng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có nồng độ cortisol máu 8h sáng thấp nhất là 1,8 nmol/l và cao nhất là 130,1 nmol/l; nồng độ trung bình rất thấp là 52,66±39,65 nmol/l. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lại Thanh Hà, nồng độ cortisol máu 8 giờ sáng trung bình 47,40 ± 42,84.

ACTH máu 8h sáng: Kết quả của chúng tôi cho thấy tất cả bệnh nhân trong nhóm STT tiên phát đều có ACTH tăng >55 pmol/l. Ở nhóm STT trung ương tất cả BN đều có ACTH bình thường or giảm, trong đó phần lớn là bình thường 70,7%. Tương đồng với kết quả của Lại Thanh Hà.

Điện giải đồ: Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có nồng độ Natri máu giảm chiếm tới 40% và tăng chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,3%; Nồng độ Kali máu giảm chiếm 33.3% và không có bệnh nhân nào tăng Kali máu. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Lại Thanh Hà có 36% hạ Natri máu, 18,7% hạ Kali máu và không có bệnh nhân nào tăng Natri và Kali máu.

Glucose máu đói: Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa của Bộ y tế năm 2014 ở những bệnh nhân STT tình trạng hạ đường huyết thường gặp ở trẻ em, ít gặp ở người lớn. Các triệu chứng hạ đường huyết gặp khi người bệnh bỏ bữa, sốt, nhiễm trùng hoặc khi nôn mửa, đặc biệt trong cơn STT cấp. STT trung ương thường gặp hạ đường huyết hơn STT tiên phát [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị hạ đường huyết, 51,7% bệnh nhân có tăng đường huyết. Theo Lại Thanh Hà số bệnh nhân có mức đường huyết lúc đói thấp chiếm tỷ lệ 10,7 %. Có thể lý giải về kết quả trên, trong 60 bệnh nhân STT có tới 65% bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2, độ tuổi mắc STT đều là người lớn (từ 22 – 86) nên nguy cơ hạ đường huyết là rất thấp.

4.2. Tìm hiểu các nguyên nhân gây STT thường gặp và 1 số đặc điểm liên quan

Kết quả của chúng tôi cho thấy có 3 nhóm nguyên nhân chính gây STT: do dùng GC 83,3%, do bệnh lý tuyến yên 13,4% và bệnh Addison chỉ chiếm 3,3%. Theo Lại Thanh Hà có 6,7% bệnh nhân STT tiên phát; 52% STT do bệnh lý tuyến yên và 41,3% STT do dùng GC kéo dài. Theo tác giả Kenvin M Klauer (2008) 80% - 90% các trường hợp STT tiên phát ở Mỹ do tự miễn. Thấy số bệnh nhân mắc STT do bệnh lý tuyến yên có tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Lại Thanh Hà, lý do có thể vì Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai là tuyến trung ương của cả nước, điều trị chuyên sâu về bệnh tuyến yên nên số lượng bệnh nhân thuộc nhóm này nhiều hơn tại khoa Nội tiết – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Tỷ lệ mắc STT do dùng GC trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao, khi khai thác tiền sử cho thấy: Bệnh nhân cơ xương khớp sử dụng GC chiếm tỷ lệ cao nhất 46.7%. Kết quả trên có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Quang Nam năm 2012 cho thấy phần lớn bệnh nhân dùng GC do có chỉ định điều

trị bệnh lý hội chứng thận hư (57%), lupus đỏ (20%) và viêm khớp dạng thấp chỉ chiếm (9%). Có thể lý giải vấn đề này là do tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, những bệnh nhân mắc hội chứng thận hư điều được quản lý điều trị tại khoa Nội Thận. GC đường uống hay được dùng nhất chiếm 96%; Theo nghiên cứu của Leonie và cộng sự (2015): Tỷ lệ mắc STT sau khi dùng GC đường uống, tiêm nội khớp, hít lần lượt là: 48,75%: 52,2% : 7,8%. Phần lớn BN sử dụng GC trên 3 tuần chiếm 94%, tương đồng với nghiên cứu trên của Trần Quang Nam: thời gian mắc bệnh trung bình là 20 tháng; đa số bệnh nhân dùng GC cách ngày (73%) và 27% dùng GC hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng: Thường gặp nhất là mệt mỏi, xạm da là biểu hiện đặc hiệu của STT tiên phát. Tất cả các bệnh nhân STT do dùng GC đều có biểu hiện HC Cushing ngoại sinh.

Cận lâm sàng: Cortisol máu 8 giờ sáng có giá trị trung bình rất thấp 52,66 ± 39,65 nmol/l. ACTH máu 8 giờ sáng là thông số CLS quan trọng để phân loại bệnh: ACTH tăng cao ở nhóm STT tiên phát, ACTH bình thường hoặc thấp nhóm STT trung ương.

Có 3 nguyên nhân gây STT thường gặp nhất: Do dùng GC, STT do bệnh lý tuyến yên và ít gặp bệnh Addison. STT do dùng GC hay gặp nhất ở bệnh nhân cơ xương khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 161-164.
2. **Hội nội tiết – đái tháo đường Việt Nam** (2019), Khuyến cáo về bệnh nội tiết và chuyển hóa, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. **Lại Thanh Hà** (2015), Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng suy thượng thận mạn nguyên phát và thứ phát, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2012), Bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.197 – 207.
5. **Trần Quang Nam** (2012), Nghiên cứu suy chức năng vỏ thượng thận ở bệnh nhân dùng glucocorticoid dài hạn bằng các nghiệm pháp động, luận văn tiến sĩ y học, Luận văn tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Hà Lương Yên** (2004), Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng cushing do Glucocorticoid, Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học y Hà Nội, tr. 70
7. **Bruno Allolio** (2003), " Adrenal insufficiency", The Lancet Diabetes & Endocrinology, pp. 1881-1893.
8. **Kazue Omori** (2012), "Risk factors for Adrenal Crisis in Patients with Adrenal Insufficientcy", Endocrine Journal, pp. 745-752.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Châu Khắc Tú*, Lê Sỹ Phương*, Hoàng Việt* và Ngô Thị Thúy Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm chung bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIc-IV (theo FIGO) tại Bệnh viện Trung ương Huế và đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật giảm khối tiên phát và phương pháp hóa trị tân bổ trợ. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang trên 67 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIc-IV gồm 2 nhóm: Nhóm I gồm 34 bệnh nhân được phẫu thuật giảm khối tiên phát và tiếp theo là điều trị hóa chất bổ trợ, nhóm II gồm 33 bệnh nhân được hóa trị tân bổ trợ và tiếp theo là phẫu thuật giảm khối, tại BVTW Huế từ tháng 1/2014 đến tháng 1/2020. **Kết quả**: Không có sự khác biệt đáng kể về các đặc điểm chung, mô bệnh học, biến chứng trong và sau mổ, khả năng tái phát và di căn, tình trạng bệnh tật hoặc kết cục sống sau phẫu thuật của bệnh nhân ở cả hai nhóm (p>0,05). Ở nhóm I, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn đáng kể (150,2 phút,P<0,001) so với nhóm II (115,6 phút), thời gian nằm viện lâu hơn (7,5 ngày, P<0,001) so với nhóm II (4,1 ngày) và lượng máu trong mổ nhiều hơn (250 ml, P<0,001) so với nhóm II (40 ml). Đa số các trường hợp giai đoạn IIIc đều nằm ở nhóm I và đa số các trường hợp giai đoạn IV đều nằm ở nhóm II, sự khác biệt là có ý nghĩa (P<0,05). **Kết luận**: Điều trị hóa chất tân bổ trợ trong ung thư buồng trứng giai đoạn IIIc-IV là một phương pháp lựa chọn thay thế hấp dẫn cho phẫu thuật giảm khối tiên phát. Những ưu điểm đáng kể của phương pháp này là khả năng đáp ứng tốt với hóa trị của ung thư buồng trứng, khả năng phẫu thuật sau hóa trị thường dễ dàng hơn và ngay cả có thể áp dụng phẫu thuật nội soi với những ưu điểm vượt trội của phẫu thuật vi xâm lấn.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF THE MANAGEMENT OF ADVANCED EPITHELIAL OVARIAN CARCINOMA AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Objective: To investigate general characteristics of patients with stage IIIc-IV epithelial ovarian carcinoma (according to FIGO) treated at Hue Central Hospital and to evaluate the therapeutic efficacy to primary debulking surgery and to neoadjuvant chemotherapy. **Subjects and Methods**: A cross-sectional retrospective study on 67 patients with stage IIIc-IV ovarian cancinoma, including 2 groups: Group I, including 34 patients with primary debulking surgery followed by adjuvant chemotherapy, group II of 33 patients were pre-treated with neoadjuvant chemotherapy and followed by debulking surgery, at Hue Central Hospital from January 2014 to January 2020. **Results:** There were no significant differences in the patient's general characteristics, histopathology, intra- and postoperative

**Bệnh viện Trung ương Huế*
Chịu trách nhiệm chính: Châu Khắc Tú
Email: ckhactu@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

complications, recurrence and metastasis, morbidity or postoperative life outcome in patients in both groups (p> 0.05). In group I, surgery time was significantly longer (150.2 minutes, P <0.001) than group II (115.6 minutes), longer hospital stay (7.5 days, P <0.001) compared with group II (4.1 days) and more blood loss volume in surgery (250 ml, P <0.001) compared with group II (40 ml). The majority of cases of stage IIIc were in group I and the majority of cases of stage IV were in group II, the difference was significant (P <0.05). **Conclusion**: Neoadjuvant chemotherapy in stage IIIc-IV ovarian carcinoma is an attractive alternative to primary debulking surgery. Significant advantages of this approach are ovarian carcinoma's ability to respond well to chemotherapy, easier post-chemotherapy surgery and even the possibility of laparoscopic surgery with the superior advantages of micro-invasive surgery.

Key Words: Ovarian carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng hiện vẫn là một thách thức đối với các nhà Phụ khoa, trong đó loại thường gặp là ung thư biểu mô buồng trứng (85% - 90%). Tỷ lệ tử vong chung ở Châu Âu là 7 - 11/100,000 phụ nữ, nguy cơ bị một ung thư buồng trứng trong suốt cuộc đời là 1% - 1,5% và nguy cơ tử vong là 0,5%. Ung thư buồng trứng là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong số các bệnh lý ác tính đường sinh dục nữ. Ở Mỹ, trong số 21880 trường hợp mới được chẩn đoán thì có 13850 trường hợp bị tử vong vì đa số đều được phát hiện vào giai đoạn muộn, xấp xỉ 75%. Tỷ lệ tử vong cao là do triệu chứng khởi phát âm thầm và thiếu xét nghiệm sàng lọc hiệu quả. Kết quả là hầu hết bệnh nhân phát hiện muộn với khối u tiến triển và tỷ lệ sống trên 5 năm từ 20% – 24% [1]

Điều trị ung thư buồng trứng chủ yếu vẫn dựa trên kết hợp phẫu thuật và hóa trị, tuy nhiên vấn đề các tổ chức ung thư còn sót lại của bệnh sau phẫu thuật vẫn là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ của bệnh nhân. Việc đưa ra một phác đồ tối ưu trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn muộn vẫn đang còn bàn cãi trong y văn. Trong vài thập niên gần đây, việc sử dụng phẫu thuật sau một vài chu kỳ hóa trị tân bổ trợ ở những bệnh nhân giai đoạn muộn (giai đoạn IIIC / IV theo phân loại FIGO) cho thấy kết quả khá tốt của phẫu thuật giảm khối tối ưu và giảm số lượng các biến chứng [2].

Tại BVTW Huế, đa số các trường hợp K BT nhập viện được phát hiện và chẩn đoán ở giai đoạn muộn, điều trị của chúng tôi chủ yếu là phẫu thuật đầu tiên kết hợp hóa trị bổ trợ sau đó hoặc hóa trị tân bổ trợ trước sau đó mới phẫu thuật và hóa trị bổ trợ sau. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu:

- *Khảo sát các đặc điểm chung trên bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn muộn (Giai đoạn IIIc-IV theo phân loại FIGO) được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế.*
- *Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp điều trị bằng phẫu thuật giảm khối tiên phát và phương pháp hóa trị tân bổ trợ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng được chẩn đoán qua các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và có chẩn đoán mô bệnh

học là ung thư biểu mô buồng trứng ở giai đoạn muộn (giai đoạn IIIc-IV theo phân loại FIGO) từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 1 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trong thời gian 6 năm (2014-2020) được tiến hành tại Bệnh viện Trung Ương Huế trên 67 bệnh nhân ung thư buồng trứng.

Tất cả các bệnh nhân đều được khám lâm sàng, xét nghiệm CA 125, CEA, siêu âm, chụp CT Scan và được chọc dịch ổ bụng làm tế bào học hoặc nội soi chẩn đoán giai đoạn trước khi quyết định điều trị.

Những bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IIIc-IV được điều trị theo hai hướng:

- Nhóm I: Phẫu thuật tiên phát kết hợp hóa trị bổ trợ sau đó
- Nhóm II: Hóa trị tân bổ trợ trước sau đó mới phẫu thuật và hóa trị bổ trợ.

Các thông số đánh giá trong nghiên cứu bao gồm: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), giai đoạn lâm sàng theo FIGO, khối u, đáp ứng với hóa trị được đánh giá kết hợp với nồng độ CA-125 huyết thanh và chụp cắt lớp CT trước và sau khi trị liệu. Các thông số trong mổ bao gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và biến chứng. Truyền máu, thời gian nằm viện, thời gian theo dõi trung bình, tái phát, thời gian sống không bệnh (DFS), và thời gian sống toàn bộ (OS).

2.3. Hóa trị tân bổ trợ và đánh giá đáp ứng lâm sàng:

Sử dụng protocol Carboplatine (AUC 5-6) kết hợp với paclitaxel (175 mg / m2) trong 3 chu kỳ mỗi 21 ngày. Sử dụng thêm điều trị chống tạo mạch với bevacizumab (15 mg/kg) trong 3 chu kỳ đầu tiên. Đánh giá đáp ứng lâm sàng dựa trên nồng độ CA-125 trong huyết thanh và chụp cắt lớp ngực và bụng trong 30 ngày.

Có thể mổ hở hoặc mổ nội soi, phẫu thuật giảm khối được tiến hành trong vòng 4 tuần kể từ chu kỳ hóa trị cuối cùng, và sau mỗ bệnh nhân sẽ được điều trị cũng cố hóa chất thêm 3 chu kỳ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các đặc điểm chung

Đặc điểm	Nhóm I	Nhóm II	P
Số bệnh nhân	34	33	NS
Tuổi trung bình (Khoảng dao động)	51(25-78)	54(33-74)	NS
BMI trung bình (Khoảng dao động)	24,1 (21-43)	24,4 (20-41)	NS
NS = không có ý nghĩa			

Trong số 67 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có 47 bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi chẩn đoán ban đầu phân giai đoạn, 5 bệnh nhân có xét nghiệm dịch ổ bụng tế bào bệnh học cell bloc (+), 11 bệnh nhân chọc dịch màng phổi có xét nghiệm tế bào học (+). Những bệnh nhân này được điều trị theo hai hướng: mổ ngay (Nhóm I) hoặc điều trị hóa chất tân bổ trợ trước (Nhóm II).

Độ tuổi trung bình và chỉ số BMI trung bình ở cả hai nhóm là tương tự nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa.

Bảng 2: Đặc điểm mô bệnh học và độ biệt hóa

Đặc điểm	Nhóm I (n=34)	Nhóm II (n=33)	P
Xét nghiệm mô học: số bệnh nhân (%)			
Serous	23 (67,65)	18 (54,55)	NS
Mucinous	3 (8,83)	4 (12,12)	NS
Endometrioid	4 (11,76)	5 (15,15)	NS
Clear cell	2 (5,88)	3 (9,09)	NS
Loại khác	2 (5,88)	3 (9,09)	NS
Độ biệt hóa: số bệnh nhân (%)			
G1	6 (17,64)	7 (21,22)	NS
G2	14 (41,18)	12(36,36)	NS
G3	14 (41,18)	14 (42,42)	NS
NS = không có ý nghĩa			

Không có sự khác biệt về loại mô học, độ biệt hóa cũng như phân giai đoạn bệnh theo FIGO giữa hai nhóm (P>0,60)

Đánh giá lâm sàng sau hóa trị tân bổ trợ (Nhóm II)

Nhóm 33 bệnh nhân được đánh giá lâm sàng giai đoạn IV và được chỉ định điều trị hóa tân bổ trợ từ 3 – 4 chu kỳ trước mổ, trong đó 30 bệnh nhân đánh giá lại có đánh giá đáp ứng lâm sàng tốt được phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần rộng rãi, cắt hai phần phụ, cắt mạc nối lớn và vét hạch chậu hai bên, 3 bệnh nhân còn lại được mổ hở.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm I (n=34)	Nhóm II (n=33)	P
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút), (Khoảng dao động)	150,2 (75-330)	115,6 (95-150)	P< 0,001
Lượng máu mất trung bình (ml), (Khoảng dao động)	250 (80-350)	140 (70-190)	P< 0,001
Số hạch chậu được bóc trung bình (Khoảng dao động)	13 (3-34)	14 (9-21)	NS
Khả năng phẫu thuật giảm khối: Số bệnh nhân (%)			
Tối ưu (triệt để không bỏ sót tổn thương tồn dư)	25 (73,53)	25 (75,76)	NS
Khối tồn dư trên 1 cm	6 (17,65)	5 (15,15)	NS
Khối tồn dư dưới 1 cm	3 (8,82)	2 (6,06)	NS
Khó xác định	0	1 (3,03)	NS
NS = không có ý nghĩa			

Ở nhóm I thời gian mổ dài hơn hẳn so với nhóm II (P<0,001), trong khi lượng máu mất trong mổ ở nhóm II ít hơn hẳn so với nhóm I (P<0,001). Sự khác biệt về số hạch chậu được bóc ở hai nhóm là không có ý nghĩa (P=1,00). Khả năng có thể phẫu thuật giảm khối về các mức độ tối ưu triệt để, để lại khối tồn dư trên và dưới 1 cm là tương tự nhau, có 1 trường hợp khó xác định được do tổn thương xơ hóa sau hóa trị tân bổ trợ.

Bảng 4: Biến chứng, thời gian nằm viện

Đặc điểm	Nhóm I (n=34)	Nhóm II (n=33)	P
Biến chứng:			
Tổn thương bàng quang: Số lượng (%)	1 (2,94)	1 (3,03)	NS
Tổn thương ruột: số lượng (%)	2 (5,88)	0	NS
Bục thành bụng	0	1 (3,03)	NS
Dò bàng quang - âm đạo: số lượng (%)	1 (2,94)	1 (3,03)	NS
Bí tiểu	2 (5,88)	2 (6,06)	NS
Thời gian nằm viện (ngày), (Khoảng dao động)	7,5 (5-16)	4,1 (2-10)	P<0,001
NS = không có ý nghĩa			

Trong nhóm I có 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong mổ được phát hiện và xử trí ngay trong mổ, 2 trường hợp tổn thương trực tràng, 1 trường hợp bị dò bàng quang–âm đạo sau mổ 3 ngày, 1 trường hợp bí tiểu sau mổ trong 2 ngày. Ở nhóm II có 1 trường hợp bục thành bụng sau mổ ngày thứ nhất do lỗi kỹ thuật, 1 trường hợp bị dò bàng quang–âm đạo sau mổ 2 ngày, 1 trường hợp bí tiểu sau mổ trong 5 ngày phải điều trị phục hồi chức năng. Sự khác biệt về các biến chứng xãy ra ở cả hai nhóm là không có ý nghĩa. Thời gian nằm viện ở nhóm II ngắn hơn đáng kể so với nhóm I (4,1 ngày so với 7,5 ngày, P <0,001).

Bảng 5: Giai đoạn phẫu thuật, tổn thương di căn

Đặc điểm	Nhóm I (n=34)	Nhóm II (n=33)	P
Giai đoạn IIIc (%)	31 (91,18)	1 (3,03)	P< 0,05
Giai đoạn IV (%)	3 (8,82)	32 (96,97)	P< 0,05
Di căn:			
Bề mặt gan (%)	3 (8,82)	2 (6,06)	NS
Ruột (%)	8 (23,53)	7 (21,21)	NS
Màng phổi (%)	5 (14,71)	6 (18,18)	NS
Mạc nối lớn (%)	34 (100)	33 (100)	NS
NS = không có ý nghĩa			

Đa số các trường hợp giai đoạn IIIc đều nằm ở nhóm I và đa số các trường hợp giai đoạn IV đều nằm ở nhóm II, sự khác biệt là có ý nghĩa (P<0,05). Phần lớn các di căn ở cả 2 nhóm đều xãy ra theo thứ tự ở mạc nối lớn, ruột, màng phổi và bề mặt gan, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa.

Bảng 6. Tái phát và di căn, kết cục sống

Đặc điểm	Nhóm I (n=34)	Nhóm II (n=33)	P
Tái phát và di căn	2 (5,88)	1 (3,03)	NS
Tử vong	3 (8,82)	3 (9,09)	NS
NS = không có ý nghĩa			

Ở nhóm I có 2 trường hợp ung thư tuyến tái phát di căn đại tràng sigma đã được phát hiện sau mổ 6 tháng và 12 tháng (Bệnh nhân trước mổ ở giai đoạn IIIc) với thời gian sống không bệnh (DFS) lần lượt là 6, 12 tháng và hiện vẫn đang sống và được hóa trị tiếp tục. Ba bệnh nhân tử vong do bệnh tái phát và di căn phúc mạc nhiều với thời gian sống không bệnh (DFS) lần lượt là 6, 12, và 14 tháng và thời gian sống toàn bộ (OS) lần lượt là 23, 31, và 54 tháng. Ở nhóm II có 1 trường hợp tái phát tại mỏm cắt âm đạo có xâm lấn trực tràng được phát hiện sau mổ 19 tháng (DFS = 19 tháng), bệnh nhân được cắt trực tràng và hiện đang vẫn sống và đang hóa trị tiếp tục. 3 bệnh nhân tử vong do tái phát tại chổ và di căn xa (phổi, gan, ruột) với thời gian sống không bệnh (DFS) lần lượt là 8, 13, và 16 tháng và thời gian sống toàn bộ (OS) lần lượt là 24, 33, và 53 tháng. Sự khác biệt về tái phát và di căn và kết cục sống giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa (P<0,001)

IV. BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu này, giữa hai nhóm phẫu thuật giảm khối ngay ban đầu, và nhóm được hóa trị liệu tân bổ trợ trước mổ ở phụ nữ bị ung thư buồng trứng giai đoạn muộn, chúng tôi nhận thấy rằng khả năng sống sót sau điều trị cũng tương tự nhau giữa hai nhóm.

Trong nghiên cứu này không bao gồm những bệnh nhân bị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIb hoặc giai đoạn sớm khác theo phân loại FIGO. Ở đây, chúng tôi thường chọn lựa hóa trị tân bổ trợ cho các trường hợp ở giai đoạn IV có di căn xa ở gan, màng phổi hoặc các giai đoạn IIIc có khối u to, xâm lấn nhiều các cơ quan xung quanh như đại trực tràng, bàng quang, tử cung, hạch chậu ...., hoặc trong phẫu thuật nội soi bước đầu để chẩn đoán giai đoạn được đánh giá là khó thực hiện phẫu thuật giảm khối triệt để ngay.

Đa phần các trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng đều nhạy cảm với hóa trị, vì vậy sau hóa trị tân bổ trợ thường phẫu thuật giảm khối dễ thực hiện hơn, thậm chí chúng tôi thường áp dụng ngay cả phẫu thuật nội soi trong phần lớn trường hợp đánh giá có đáp ứng tốt với hóa trị tân bổ trợ. Điều này lý giải lý do thời gian phẫu thuật cũng như lượng máu mất trong mổ ở nhóm I nhiều hơn nhóm II, do khả năng phẫu thuật giảm khối ở nhóm phẫu thuật tiên phát thường khó hơn, thời gian phẫu thuật dài hơn và lượng máu

mất lớn hơn (Bảng 3), thời gian nằm viện dài hơn (Bảng 4). Tuy nhiên một nhược điểm tiềm ẩn của hóa trị tân bổ trợ là sự xuất hiện của các tổn thương xơ hóa sau khi hóa trị, các tổn thương này khó nhận định và có thể bỏ sót trong quá trình phẫu thuật giảm khối sau đó (Bảng 3).

So sánh với kết quả của một số nghiên cứu đa trung tâm hoặc khu vực khác tiến hành riêng biệt trên các bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III và IV [3] thì tỷ lệ mỗ giảm khối và tỷ lệ sống sót trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự. Ngoài ra, quan điểm của các nghiên cứu hiện nay cho thấy xu hướng ít ủng hộ việc phẫu thuật tiên phát. Điều này có thể là do liên quan giữa khả năng thực hiện mức độ giảm khối ung thư ở các phẫu thuật giảm khối tiên phát và các phẫu thuật sau hóa trị tân bổ trợ ở mỗi địa phương là khác nhau [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thậm chí có thể áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị phần lớn ung thư buồng trứng giai đoạn muộn trong trường hợp có đáp ứng tốt với hóa trị tân bổ trợ và tiên lượng có thể giảm khối tối ưu.

Khi lựa chọn bệnh nhân cho hóa trị tân bổ trợ, điều quan trọng là phải loại trừ các khối u nguyên phát khác, như ung thư đạ dày, gan, phổi, vú, tiết niệu, u phúc mạc nguyên phát, u nguyên bào nuôi, đặc biệt là những khối u có nguồn gốc từ đường tiêu hóa như u đại trực tràng, u mạc treo. Ở đây chúng tôi đã chụp CT scan toàn thân, xét nghiệm các chỉ điểm sinh học như CA 125, CA 199, CA 153, CEA, AFP, Beta hcG và các thăm dò khác như nội soi dạ dày, nội soi đại trực tràng, nội soi bàng quang, điều này giúp đánh giá chính xác tình trạng bệnh và phân biệt với các ung thư nguyên phát từ các vị trí khác.

Cắt bỏ triệt để tất cả các tổn thương đại thể quan sát được trong phẫu thuật giảm khối đầu tiên được chứng minh là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất trong ung thư biểu mô buồng trứng tiến triển [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp tái phát và tử vong đều không nằm trong nhóm phẫu thuật tối ưu triệt để. Điều này góp phần chứng tỏ kết quả tốt nhất cho phẫu thuật giảm khối tối ưu là có thể loại bỏ tất cả các tổn thương đại thể quan sát được, thay vì chỉ loại bỏ các tổn thương có đường kính lớn hơn 1 cm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở những bệnh nhân bị ung thư buồng trứng giai đoạn muộn (giai đoạn IIIc hoặc IV), kết cục sống ở nhóm điều trị hóa trị tân bổ trợ + phẫu thuật sau đó cho kết quả tương tự với nhóm phẫu thuật giảm khối tiên phát. Kết quả này cũng giống với kết luận của một vài nghiên cứu khác trên thế giới [6,7]. Đối với các giai đoạn khác của ung thư buồng trứng từ IIIb hoặc sớm hơn, phẫu thuật điều trị giảm khối tiên phát vẫn được xem như là điều trị chuẩn.

Khi chỉ định phẫu thuật giảm khối tiên phát cho một bệnh nhân cần phải cân nhắc đến các yếu tố: thông tin từ hội chẩn phẫu thuật, việc đánh giá các yếu tố tiên đoán quan trọng liên quan đến tổ chức ung thư còn sót lại sau phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân (ví dụ, bệnh lý kèm, tuổi tác, gánh nặng bệnh tật, vị trí di căn, khả năng hoạt động và giai đoạn khối u), kết quả nội soi ổ bụng thăm dò,

chụp CT scan, nội soi thăm dò khác. Không có khác biệt đáng kể nào của cả hai phương pháp điều trị này liên quan đến tỷ lệ sống sót, biến chứng trong và sau mổ, khả năng tái phát và di căn, tình trạng bệnh tật hoặc tử vong sau phẫu thuật. Tuy nhiên Hóa trị tân bổ trợ có khuynh hướng được ủng hộ hơn do khả năng đáp ứng tốt với hóa trị của ung thư buồng trứng, khả năng phẫu thuật sau hóa trị thường dễ dàng hơn và ngay cả có thể áp dụng phẫu thuật nội soi với những ưu điểm vượt trội của phẫu thuật vi xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H** (2019). Ovarian cancer in the world: Epidemiology and risk factors. Int J Womens Health. 2019;11:287-299

2. **Takashi Onda, Toyomi Satoh, Gakuto Ogawa, Toshiaki Saito** (2020). Comparison of survival between primary debulking surgery and neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal and peritoneal cancers in phase III randomised trial. EJC. 2020; Vol.130, P114-125

3. **Berenice Delga, Jean-Marc Classe, Gilles Houvenaeghel, Guillaume Blache et al** (2020). 30 Years of Experience in the Management of Stage III and IV Epithelial Ovarian Cancer: Impact of Surgical Strategies on Survival. Cancers 2020, 12, 768-782

4. **Havrilesky L.J., Yang J.C., Lee P.S** (2019). Patient preferences for attributes of primary surgical debulking versus neoadjuvant chemotherapy for treatment of newly diagnosed ovarian cancer. Cancer. 2019;125:4399–4406

5. **Timmermans, Lalisang RI, Witteveen PO, Van de Vijver KK, Kruitwagen RF, Sonke GS** (2018). Interval between debulking surgery and adjuvant chemotherapy is associated with overall survival in patients with advanced ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2018;150(3):446.

6. **Anuradha P.J. Donovan P.M. Webb et al** (2016). Variations in adjuvant chemotherapy and survival in women with epithelial ovarian cancer - a population-based study. Acta Oncol. 55 (2016) 226–233.

7. **Andreas du Bois, Baert, Ignace Vergote, et al** (2019). Role of Neoadjuvant Chemotherapy in Advanced Epithelial Ovarian Cancer. American Society of Clinical Oncology, 37 (2019) 2398-2406

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH VỆ SINH TAY NGOẠI KHOA CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THAM GIA PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN E 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2020

Phạm Thị Thoa[1], Nguyễn Thị Tuyết Mai[1], Lưu Việt Hoa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tham gia phẫu thuật tại Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang 224 quy trình vệ sinh tay ngoại khoa được thực hiện bởi các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ tại khoa Gây mê hồi sức bệnh viện E trong 6 tháng đầu năm 2020 nhằm mô tả thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ quy trình của nhân viên y tế. **Kết quả:** Cho thấy 100% nhân viên y tế tham gia phẫu thuật thực hiện vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn, trong đó tỉ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình là 19,2%; tỉ lệ đạt bước 1 đánh kẽ móng tay là 42,0%; đạt bước 2 rửa tay lần 1 là 44,2%; đạt bước 3 rửa tay lần 2 là 28,6%; đạt bước 4 làm khô tay hoàn toàn là 63,8%. Một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa được tìm thấy trong nghiên cứu là thời gian tiến hành phẫu thuật buổi chiều tuân thủ tốt hơn buổi sáng, mổ phiên tuân thủ tốt hơn mổ cấp cứu. **Kết luận:** Tỉ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa còn thấp dưới 20%, cần tiến hành các can thiệp để tăng cao tỉ lệ tuân thủ quy trình trong giai đoạn tiếp theo ở Bệnh viện E.

[1]*Bệnh viện E*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thoa
Email: phamthithoa@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khóa: nhân viên y tế, tuân thủ quy trình vệ sinh tay, phẫu thuật

SUMMARY

EVALUATE SURGICAL HAND HYGIENE PROCEDURE COMPLIANCE OF HEALTHCARE WORKERS PARTICIPATING SURGERY AT E HOSPITAL FROM JANUARY TO JUNE, 2020

Objective: To evaluate surgical hand hygiene procedure compliance of healthcare workers participating surgery at E hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was observed on 224 surgical hand hygiene procedures performed by surgeons, anesthesiologists, surgical assistants, and instrument nurses at Department of Anesthesiology, E Hospital from January to June, 2020 aimed to describe surgical hand hygiene procedure compliance of healthcare workers participating surgery and some related factors to this procedure compliance. **Results:** 100% of medical staffs participating in the surgery performed surgical hand hygiene with disinfectant soap, in which the rate of full compliance with the procedure was 19.2%; the rate of achieving step 1 for cleaning nails is 42.0%; the rate for step 2 with washing hands for the first time is 44.2%; the rate for step 3 of second hand washing is 28.6%; the rate for step 4 of fully drying hands is 63.8%. Some factors related to surgical hand hygiene compliance found in the study were that the timing of the surgery in the afternoon was better

than in the morning, and elective surgery was better than the emergency surgery. **Conclusion:** Compliance rate of surgical hand hygiene procedure is still low below 20%, it is necessary to implement interventions to increase the compliance rate in the next stage at E Hospital.

Keywords: healthcare worker, hand hygiene procedure compliance, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là hậu quả của nhiều yếu tố tác động vào như bản thân người bệnh, phẫu thuật viên và môi trường bệnh viện. Các tác nhân vi sinh vật gây NKVM có nguồn gốc từ trong môi trường phòng phẫu thuật, trong đó có bàn tay của ê kíp phẫu thuật. Trong hướng dẫn vệ sinh tay ở các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ y tế ban hành kèm theo quyết định 3916/QĐ-BYT quy định mọi nhân viên y tế (NVYT) trực tiếp tham gia phẫu thuật như phẫu thuật viên, phụ mổ, dụng cụ viên, bác sĩ gây mê… đều cần vệ sinh tay ngoại khoa trước khi thực hiện phẫu thuật.

Một nghiên cứu ở bệnh viện Việt Đức của Bùi Thị Hồng năm 2014 cho thấy tỉ lệ tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của ê kíp phẫu thuật là 13,5% [1]. Trong khi đó tỉ lệ này ở bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Time City năm 2019 là 82,8% [2]. Hiện nay chưa có đánh giá về tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tham gia phẫu thuật tại bệnh viện E. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa và một số yếu tố liên quan ở nhân viên y tế tham gia phẫu thuật tại bệnh viện E năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nhân viên y tế tham gia vào phẫu thuật (Bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật, phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ) tại bệnh viện E

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhân viên thực hiện quy trình rửa tay thường quy theo đúng nhiệm vụ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

❖ Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ

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

Trong đó:

- n: số lượt VST ngoại khoa tối thiểu cần quan sát
- $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: Là hệ số giới hạn tin cậy, với α = 0,05 tương đương khoảng tin cậy 95% thì $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$ = 1,96.
- p: Tỉ lệ tuân thủ VST ngoại khoa là 13,5% theo kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hồng tại Bệnh viện Việt Đức năm 2014 [6], lấy p=0,13.
- ε: mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, có thể dao động tự 0,05 đến 0,5, chọn ε=0,35
- Cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 210 cơ hội vệ sinh tay, trên thực tế đã quan sát được 224 cơ hội vệ sinh tay trong 6 tháng đầu năm 2020.

❖ Cách chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, quan sát nhân viên y tế vệ sinh tay ngoại khoa trước khi thực hiện phẫu thuật.

❖ Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ, khoa công tác, thời gian giám sát, loại phẫu thuật, trang sức có trên tay.

- Các thông tin về việc tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa: tỉ lệ tuân thủ từng bước và tỉ lệ tuân thủ toàn bộ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa.

❖ Công cụ thu thập thông tin: Bảng kiểm giám sát quy trình vệ sinh tay ngoại được xây dựng dựa trên quy trình vệ sinh tay ngoại khoa trong Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay được ban hành theo quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017.

❖ Phương pháp thu thập thông tin: Phỏng vấn và quan sát trực tiếp nhân viên y tế khi thực hiện quy trình vệ sinh tay ngoại khoa.

❖ Số liệu sau khi được thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về các nhân viên y tế được quan sát thực hiện vệ sinh tay ngoại khoa

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	53	58,9
	Nữ	37	41,1
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	27	30,0
	>30 tuổi	63	70,0
Nghề nghiệp	Phẫu thuật viên/phụ mổ	54	60,0
	Bác sĩ gây mê	6	6,7
	Dụng cụ viên	30	33,3
Trình độ	Trung cấp/cao đẳng	25	27,8
	Đại học	30	33,3
	Sau đại học	35	38,9
Tổng		**90**	**100**

Nhận xét: 90 nhân viên y tế được quan sát trong đó chủ yếu là nam giới (58,9%), trên 30 tuổi (70,0%), đa phần là phẫu thuật viên/phụ mổ (60,0%), dụng cụ viên (33,3%), có trình độ đại học (33,3%), sau đại học (38,9%).

Bảng 2: Đặc điểm của các quy trình vệ sinh tay ngoại khoa được quan sát

Đặc điểm		n	%
Thời gian giám sát	Buổi sáng	220	98,2
	Buổi chiều	4	1,8
Loại phẫu thuật	Mổ phiên	213	95,1
	Mổ cấp cứu	11	4,9
Trang sức có trên tay	Có	2	0,9
	Không	222	99,1
Tổng		**224**	**100**

Nhận xét: 224 quy trình giám sát vệ sinh tay được quan sát trong đó tập trung chủ yếu vào buổi sáng (98,2%), phẫu thuật là mổ phiên (95,1%), đa phần nhân viên đều tuân thủ không có trang sức trên tay (99,1%).

3.2. Tỉ lệ tuân thủ các bước trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa

Bảng 3. Tỉ lệ tuân thủ từng thao tác trong bước đánh kẽ móng tay

Đánh giá / Thao tác trong bước đánh kẽ móng tay	Đạt		Không đạt		Không làm	
	n	%	n	%	n	%
Làm ướt bàn tay	200	89,3	6	2,7	18	8,0
Lấy 3-5 ml xà phòng khử khuẩn	196	87,5	10	4,5	18	8,0
Chà kẽ móng tay từng bàn tay	194	86,6	11	4,9	19	8,5
Đủ thời gian 1 phút	98	43,8	109	48,7	17	7,6
Đạt cả 4 thao tác	**94**	**42,0**	**113**	**50,4**	**17**	**7,6**

Nhận xét: Tỉ lệ đạt cả 4 thao tác trong bước 1 đánh kẽ móng tay là 42,0%

Bảng 4. Tỉ lệ tuân thủ từng thao tác trong bước rửa tay lần 1

Đánh giá / Thao tác trong bước rửa tay lần 1	Đạt		Không đạt		Không làm	
	n	%	n	%	n	%
Lấy 3ml-5ml XPKK	220	98,2	0	0	4	1,8
Chà lòng bàn tay 5 lần	212	94,6	9	4,0	3	1,3
Chà mu bàn tay 5 lần	205	91,5	16	7,1	3	1,3
Chà kẽ ngón tay 5 lần	191	85,3	28	12,5	5	2,2
Chà mu ngón tay 5 lần	151	67,4	47	21,0	26	11,6
Chà ngón cái 5 lần	149	66,5	44	19,6	31	13,8
Chà cổ tay, cẳng tay, khuỷu tay	171	76,3	40	17,9	13	5,8
Tráng tay dưới vòi nước	220	98,2	1	0,4	3	1,3
Đủ thời gian 1 phút 30 giây	102	45,5	118	52,7	4	1,8
Đạt cả 10 thao tác	**99**	**42,2**	**122**	**54,5**	**3**	**1,3**

Nhận xét: Tỉ lệ đạt cả 10 thao tác trong bước rửa tay lần 1 là 42,2%

Bảng 5. Tỉ lệ tuân thủ từng thao tác trong bước rửa tay lần 2

Đánh giá / Thao tác trong bước rửa tay lần 2	Đạt		Không đạt		Không làm	
	n	%	n	%	n	%
Lấy 3ml-5ml XPKK	153	68,3	12	5,4	59	26,3
Chà lòng bàn tay 5 lần	150	67,0	15	6,7	59	26,3
Chà mu bàn tay 5 lần	142	63,4	21	9,4	61	27,2
Chà kẽ ngón tay 5 lần	134	59,8	27	12,1	63	28,1
Chà mu ngón tay 5 lần	102	45,5	45	20,1	77	34,4

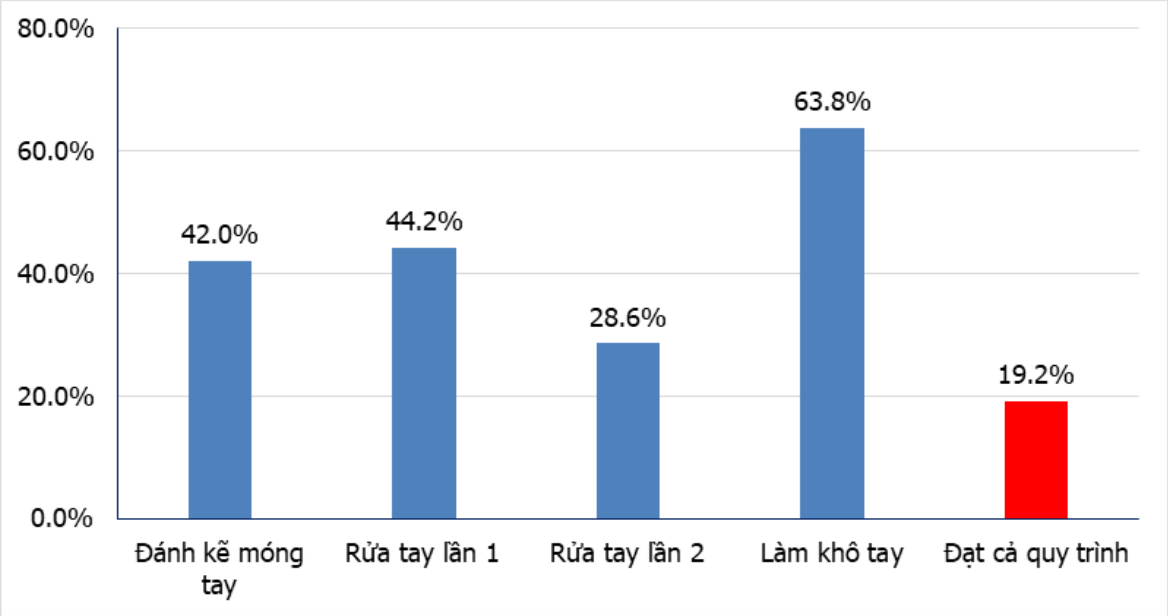
Chà ngón cái 5 lần	98	43,8	49	21,9	77	34,4
Chà cổ tay, cẳng tay, khuỷu tay	107	47,8	41	18,3	76	33,9
Tráng tay dưới vòi nước	150	67,0	15	6,7	59	26,3
Đủ thời gian 1 phút 30 giây	70	31,2	95	42,4	59	26,3
Đạt cả 9 thao tác	**64**	**28,6**	**101**	**45,1**	**59**	**26,3**

Nhận xét: Tỉ lệ đạt cả 9 thao tác trong bước rửa tay lần 2 là 28,6%

Bảng 6. Tỉ lệ tuân thủ từng thao tác trong bước làm khô tay

Đánh giá / Thao tác trong bước làm khô tay	Đạt		Không đạt		Không làm	
	n	%	n	%	n	%
Làm khô tay bằng khăn vô khuẩn	192	85,7	17	7,6	15	6,7
Tay khô	153	68,3	56	25,0	15	6,7
Đạt cả 2 thao tác	**143**	**63,8**	**66**	**29,5**	**15**	**6,7**

Nhận xét: Tỉ lệ đạt cả 2 thao tác trong bước rửa làm khô tay là 63,8%



Biểu đồ 1: Tỉ lệ đạt các bước trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa

Nhận xét: Tỉ lệ tuân thủ đầy đủ cả 4 bước trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa bằng nước và xà phòng là 19,2%

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa

Bảng 7: Một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa

Yếu tố liên quan / Tỉ lệ tuân thủ		Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Thời gian	Sáng	40	18,2	180	81,8	1
	Chiều	3	75,0	1	25,0	**13,5 (1,4-133,2)**
Loại phẫu	Cấp cứu	0	0	11	100	1

thuật	Mổ phiên	43	20,2	170	79,8	-
Giới tính	Nam	25	18,9	107	81,1	1
	Nữ	18	19,6	74	80,4	1,0 (0,5-2,0)
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	19	23,5	62	76,5	1,5 (0,8-3,0)
	>30 tuổi	24	16,8	119	83,2	1
Trình độ	Trung cấp/ cao đẳng	12	22,6	41	77,4	1,6 (0,7-3,9)
	Đại học	12	15,6	65	84,4	1
	Sau đại học	19	20,2	75	79,8	1,4 (0,6-3,0)
Nghề nghiệp	Phẫu thuật viên/ phụ mổ	27	20,0	108	80,0	3,2 (0,4-25,9)
	Bác sĩ gây mê	1	7,1	13	92,9	1
	Điều dưỡng dụng cụ	15	20,0	60	80,0	3,2 (0,4-26,8)
Tổng		**43**	**19,2**	**181**	**80,8**	

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy vệ sinh tay ngoại khoa vào buổi sáng tuân thủ tốt hơn buổi chiều 13,5 lần. Mổ phiên tuân thủ quy trình tốt hơn mổ cấp cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa

Vệ sinh tay ngoại khoa làm giảm số lượng vi khuẩn từ bàn tay của ê kíp phẫu thuật trong quá trình thực hiện phẫu thuật phòng khi có lỗ thủng nhỏ không được nhận thấy ở găng phẫu thuật làm vi khuẩn xâm nhập vào vết mổ [3]. Khác với vệ sinh tay thường quy, vệ sinh tay ngoại khoa phải loại bỏ hoàn toàn vi khuẩn vãng lai gây bệnh trên da và làm giảm một phần vi khuẩn thường trú trên da [5, 6, 7]. Do vậy, việc tuân thủ từng bước trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa là vô cùng quan trọng.

Hiện nay Bộ Y tế đã ban hành hai quy trình vệ sinh tay ngoại khoa, một quy trình bằng xà phòng khử khuẩn và một quy trình bằng dung dịch vệ sinh tay có chứa cồn. Hiện nay, tại bệnh viện E 100% nhân viên y tế vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn.

Kết quả bảng 3 cho thấy, trong bước 1 đánh kẽ móng tay, đa phần nhân viên y tế đều đạt các thao tác làm ướt bàn tay, lấy 3-5ml xà phòng khử khuẩn, và chà kẽ móng tay của từng bàn tay, tỉ lệ các thao tác này đều đạt trên 85%. Tuy nhiên, chưa đáp ứng được yêu cầu về thời gian đủ 1 phút, tỉ lệ đánh kẽ móng tay đạt 1 phút chỉ chiếm 43,8%.

Kết quả bảng 4 cho thấy, trong bước 2 rửa tay lần 1, các thao tác được tuân thủ tốt trên 85% là lấy đủ xà phòng, chà lòng bàn tay, chà mu bàn tay, chà kẽ ngón tay, tráng tay dưới vòi nước. Thao tác trong bước 2 đạt tỉ lệ thấp nhất là đạt về yếu tố thời gian đủ 1 phút 30 giây (45,5%).

Các thao tác trong bước 3 rửa tay lần 2 là các thao tác lặp lại các thao tác trong bước rửa tay lần 1, tuy nhiên tỉ lệ đạt từng thao tác đều thấp hơn so với rửa tay lần 1. Đặc biệt là sự tuân thủ về thời gian cũng là kém nhất

(31,2%). Do vậy, tỉ lệ đạt cả 9 thao tác trong bước rửa tay lần 2 là 28,6%.

Bước cuối cùng trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn là bước làm khô tay hoàn toàn bằng khăn vô khuẩn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đạt cả hai thao tác trong bước này là 63,8%. Tỉ lệ này cao hơn so với các bước 1, 2, 3 trong quy trình, do đây là bước có ít thao tác, thực hiện dễ dàng.

Tỉ lệ tuân thủ đầy đủ các bước trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,2% (Biểu đồ 1). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với nghiêu cứu của Bùi Thị Hồng, tỉ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tại bệnh viện Việt Đức năm 2014 là 13,5% [1]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Thu cho thấy tỉ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Time City năm 2019 là 82,8% [2]. Sự khác biệt này có thể được giải thích, bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec là một bệnh viện đạt tiêu chuẩn quốc tế về chất lượng y tế và an toàn cho người bệnh, có yêu cầu cao đối với từng nhân viên y tế và từng kỹ thuật chuyên môn trong bệnh viện. Mặc dù nghiên cứu tại Vinmec được giám sát gián tiếp thông qua camera nhưng việc giám sát này được tiến hành thường xuyên. Hàng tuần đều có nhân viên tại khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn lên thu thập số liệu qua camera tại phòng mổ, phân tích đưa ra đánh giá và kịp thời can thiệp. Vì vậy, dù là giám sát qua camera nhưng chất lượng tuân thủ quy trình VST ngoại khoa tại bệnh viện đa khoa Vinmec vẫn đạt mức cao.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhân viên y tế tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa vào buổi sáng kém hơn buổi chiều, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này được giải thích là do các ca mổ vào buổi sáng bắt đầu thực hiện từ 8 giờ và kéo dài đến 12 giờ, chiều từ 1h30 đến khi kết thúc lịch mổ. Ngoài những ca mổ cấp cứu, số lượng ca mổ phiên đa số được thực hiện vào buổi sáng chiếm khoảng 2/3 số ca mổ phiên thực hiện trong ngày. Vì vậy, tần suất làm việc của nhân viên y tế vào buổi sáng cao hơn so với buổi chiều. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa đánh giá được chính xác khối lượng công việc so sánh giữa 2 buổi trong ngày. Nghiên cứu về sự tuân thủ thực hành vệ sinh tay tại các phòng phẫu thuật ở 9 quốc gia ở châu Âu và Israel cũng cho thấy, khối lượng công việc được đo bằng tỉ lệ bệnh nhân/y tá, cũng là yếu tố ảnh hưởng gây giảm sự tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa (p=0.02) [4].

Chúng tôi quan sát 224 lượt thực hiện quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế thì có 11 quy trình của nhân viên y tế tham gia phẫu thuật cấp cứu thì cả 11 quy trình được quan sát này đều không đạt tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa, trong khi đó tỉ lệ này ở các nhân viên y tế tham gia mổ phiên là 20,2%. Sự khác biệt này có thể được giải thích là các ca phẫu thuật cấp cứu thường bất ngờ và việc tuân thủ đủ thời gian của từng thao tác trong quy trình của nhân viên y tế không đạt trong bối cảnh cần nhanh chóng vào cấp cứu cho người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm

thấy mối liên quan giữa việc tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa với nhóm tuổi, giới, trình độ, nghề nghiệp của nhân viên y tế tham gia phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

100% nhân viên y tế tham gia phẫu thuật tại bệnh viện E lựa chọn phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn.

Tỉ lệ đạt đầy đủ các bước trong quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế là 19,2%

Nhân viên y tế tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa tốt hơn vào buổi chiều và với các mổ phiên.

KHUYẾN NGHỊ:

Để tăng tỉ lệ tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tham gia phẫu thuật tại bệnh viện E trong thời gian tới, cần khoa Gây mê hồi sức sắp xếp ca phẫu thuật đều trong ngày, tránh phân bố tập trung nhiều vào buổi sáng, trang bị camera giám sát, đồng hồ bấm giờ tại các bồn rửa tay ngoại khoa. Bệnh viện cần tăng cường khuyến khích nhân viên sử dụng dung dịch vệ sinh tay có chứa cồn ngoại khoa vệ sinh tay, tập huấn quy trình vệ sinh tay ngoại khoa tới từng thành viên tham gia phẫu thuật, đồng thời tăng cường sự giám sát tuân thủ quy trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hồng và các cộng sự** (2014), "Đánh giá tình hình vệ sinh tay ngoại khoa tại phòng mổ, Bệnh viện Việt Đức năm 2014", Nghiên cứu cấp cơ sở.
2. **Nguyễn Hoài Thu** (2019), Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế và các yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City năm 2019, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
3. **Kampf G Fau - Goroncy-Bermes P, et al** (2005), "Terminology in surgical hand disinfection-a new Tower of Babel in infection control", Journal of Hospital Infection. 59(269-271).
4. **Lee A., Chalfine A., and Daikos G.L** (2011), "Hand hygiene practices and adherence determinants in surgical wards across Europe and Israel: a multicenter observational study.", Am J Infect Control. 39(6), pp. 517-520.
5. **Journal of advanced Nursing** (2006), "Guidelines on hand hygiene in health care", Journal of Advanced Nursing. 53(5), pp. 613-614.
6. **Trampuz A and Widmer AF** (2004), "Hand hygiene: a frequently missed lifesaving opportunity during patient care", Mayo Clinic Proceedings. 79(1), pp. 109-116.
7. **Widmer AF** (2000), "Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub?", Clinical Infectious Diseases. 31(1), pp. 136-143.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN, NĂM 2020

Thái Văn Chương[1], Ngô Đức Kỷ[1], Nguyễn Văn Tuấn[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả một số yếu tố liên quan đến loãng xương các bệnh nhân nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, năm 2020, (2) Xác định các yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở phụ nữ theo mô hình hồi quy đa biến Logistic. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Gồm 720 phụ nữ đến khám được chia thành hai nhóm mắc loãng xương (Chỉ số Tscore ≤ -2.5; So sánh với nhóm không mắc loãng xương (Tscore > -2,5); Được điều tra, thăm khám và đo mật độ xương theo phương pháp hấp thu tia X năng lượng kép (DXA). **Kết quả**: Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ là 54,31%, trong đó loãng xương nặng chiếm 8,33%. Có 12 yếu tố liên quan đến loãng xương ở nữ giới: Tuổi ≥ 70, Chiều cao thấp dưới 147 cm, giảm chiều cao > 3 cm so với thời thanh niên, cân nặng thấp dưới 42 kg, BMI thấp < 18,5 kg/m^2, Phụ nữ có kinh muộn > 16 tuổi, Phụ nữ mãn kinh sớm trước 45 tuổi, Phụ nữ có số lần sinh con ≥ 5 lần, Không luyện tập thể dục thường xuyên, Tiền sử gãy xương, Tiền sử sử dụng corticoid kéo dài, Phụ nữ mắc viêm khớp dạng thấp. Trong đó có 6 yếu tố nguy cơ gây loãng xương theo phân tích đa biến Logistic là: Tuổi ≥ 70 (OR = 3,34, 95%CI = 1,20 - 1,99), Chiều cao thấp dưới 147 cm (OR = 2,33, 95%CI = 1,08 - 2,43), cân nặng thấp dưới 42 kg (OR = 3,26, 95%CI = 1,65 - 7,49), Phụ nữ có kinh muộn > 16 tuổi (OR = 3,42, 95%CI = 1,32 - 2,77), Phụ nữ mãn kinh sớm trước 45 tuổi (OR = 2,30, 95%CI = 1,08 - 2,46), Phụ nữ có số lần sinh con ≥ 5 (OR = 4,66, 95%CI = 1,57 - 13,02). **Kết luận:** Ở nữ giới tỷ lệ loãng xương chiếm 54,31%, Tuổi ≥ 70, Chiều cao thấp dưới 147 cm, cân nặng thấp dưới 42 kg, Phụ nữ có kinh muộn > 16 tuổi, Phụ nữ mãn kinh sớm trước 45 tuổi, Phụ nữ có số lần sinh con ≥ 5 lần là các yếu tố nguy cơ thật sự gây loãng xương.

Từ khóa: Loãng xương, yếu tố nguy cơ, nữ giới, Nghệ An.

SUMMARY

ASSESSING THE RISK FACTORS FOR OSTEOPOROSIS IN OUTPATIENT FEMALE PATIENTS AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Objects: (1) To describe risk factors for osteoporosis in women; (2) To determine main risk factors for women osteoporosis. **Subjects and Methods:** Study included 720 women: 391 osteoporosis women (T-score at lumbar spine or/and hip ≤ -2,5) were compared with 329 non-osteoporosis women (T-score at lumbar spine or/and hip > -2,5). Bone mineral density were measured by DEXA scan. **Results:** Prevanlence of osteoporosin in outpatient female patients at Nghe an General Hospital was 54,31%. There were 12 risk factors for osteoporosis in women: Age ≥ 70, heigh < 147 cm, loss heigh > 3 cm, weight < 47kg, BMI <18,5kg/m^2, age at menarche > 16, age at menopause ≤ 45, number of birth ≥ 5, previous fracture, irregular physical activity, long term use of corticoid and rheumatoid arthritis. Among these factors, Age ≥

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[2]*Trường đại học y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Thái Văn Chương
Email: Drthaichuong84@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

70 (OR = 3,34, 95%CI = 1,20 - 1,99), heigh < 147 cm (OR = 2,33, 95%CI = 1,08 - 2,43), weight < 47 kg (OR = 3,26, 95%CI = 1,65 - 7,49), age at menarche >16 (OR = 3,42, 95%CI = 1,32 - 2,77), age at menopause ≤ 45 (OR = 2,30, 95%CI = 1,08 - 2,46), number of birth ≥ 5 (OR = 4,66, 95%CI = 1,57 - 13,02) significantly had impact on osteoporosis according to Logistic regression analysis. **Conclusions:** In women, Age ≥ 70, heigh < 147 cm, weight < 47 kg, age at menarche >16, age at menopause ≤ 45 and number of birth ≥ 5 were factors that closely associated with osteoporosis.

Keywords: osteoporosis, risk factors, women, Nghe an

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý của toàn hệ thống xương làm suy yếu sức mạnh của khung xương, gia tăng nguy cơ gãy xương, ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống có thể gây tử vong ở người có tuổi, đặc biệt là phụ nữ [1], [2], [3].

Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi, dao động từ 9% ở Mỹ, 15% ở Đức, Pháp đến 38% ở Nhật Bản [4], ở miền Bắc Việt Nam là 58,4% [1]. Ở nữ giới có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng gây loãng xương và gãy xương do loãng xương như: Tuổi, chiều cao, cân nặng, hormon, chế độ sinh hoạt, luyện tập, sử dụng corticoid, mắc một số bệnh lý ảnh hưởng đến mật độ xương… [1]. Để tăng cường hiểu biết tình hình loãng xương ở phụ nữ tại Nghệ An và góp phần nâng cao các phòng ngừa, điều trị loãng xương và gãy xương do loãng xương. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số yếu tố liên quan đến loãng xương đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, năm 2020.

2. Xác định các yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở phụ nữ theo mô hình hồi quy đa biến Logistic.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

720 Phụ nữ là bệnh nhân và người kiểm tra sức khỏe đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2020, được chọn ngẫu nhiên.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp bệnh chứng.

Thu thập thông tin:

Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo một bộ câu hỏi thống nhất bao gồm phần hỏi bệnh và thăm khám để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của loãng xương.

Hỏi bệnh: Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm tuổi: < 70 và ≥ 70; Giảm chiều cao trên 3 cm: Bệnh nhân có chiều cao thấp hơn ít nhất trên 3 cm so sánh với chiều cao khi khám sức khỏe tuổi thanh niên; Tuổi có kinh nguyệt lần đầu tiên, tuổi mất kinh hoặc cắt buồng trứng, số lần sinh con; Tiền sử bị gãy xương ở tuổi trưởng thành; Sử dụng corticoid kéo dài với liều prednisolone ít nhất 5mg/ngày kéo dài trên 3 tháng; Tập thể dục: Đối tượng được coi là tập luyện vừa phải khi thường xuyên tham gia luyện tập với chế độ trên 3 lần/tuần, mỗi lần trên 60 phút, luyện tập trên 5 năm; Mắc viêm khớp dạng thấp.

Thăm khám: Đo mật độ xương bằng máy đo hấp phụ tia X năng lượng kép (Hologic Exploer); Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo Tổ chức Y tế thế giới (1994) dựa vào mật độ xương.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Bằng phần mềm STATA 14.0, được xem là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình: 66,2 ± 12,04;
- Chiều cao trung bình: 148,6 ± 6,07 (cm); Cân nặng trung bình: 49,8 ± 8,58 (kg); BMI trung bình: 22,5 ± 3,20 (kg/m^2).
- Tỷ lệ loãng xương ở nữ giới là 54,31%, trong đó loãng xương nặng chiếm 8,33%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở nữ giới

Bảng 3.1. Các yếu tố thể chất và lâm sàng liên quan đến loãng xương

Yếu tố lâm sàng		Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	P
Tuổi	< 70	168 (42,97)	242 (73,56)	< 0,001
	≥ 70	223 (57,03)	87 (26,44)	
Chiều cao (cm)	< 147	185 (47,31)	65 (19,76)	< 0,001
	≥ 147	206 (52,69)	264 (80,24)	
Cân nặng (kg)	< 42	283 (72,38)	315 (95,74)	< 0,001
	≥ 42	108 (27,62)	14 (4,26)	
BMI (kg/m^2)	<18,5	48 (12,28)	13 (3,95)	< 0,001
	≥ 18,5	343 (87,72)	326 (96,05)	
Tiền sử gãy xương	Có	59 (15,09)	16 (4,86)	< 0,001
	Không	332 (84,91)	313 (95,14)	
Không tập thể dục thường xuyên	Không	352 (90,03)	242 (73,56)	< 0,001
	Có	39 (9,97)	87 (26,44)	
Giảm chiều cao	Có	151 (38,62)	11 (3,34)	< 0,001
	Không	240 (61,38)	318 (96,66)	
Tuổi có kinh	> 16	207 (52,94)	117 (35,56)	< 0,001
	≤ 16	184 (47,06)	212 (64,44)	
Tuổi mãn kinh hoặc cắt buồng trứng	< 45	137 (35,68)	68 (24,46)	< 0,001
	≥ 45	247 (64,32)	210 (75,54)	
Số lần sinh con	≥ 5	160 (40,92)	51 (15,50)	< 0,001
	< 5	231 (59,08)	278 (84,50)	
Sử dụng Corticoid kéo dài	Có	64 (16,37)	31 (9,42)	< 0,01
	Không	327 (83,63)	298 (90,58)	
Viêm khớp dạng thấp	Có	20 (5,12)	7 (2,13)	< 0,05
	Không	371 (94,88)	322 (97,87)	

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến loãng xương bao gồm: Tuổi ≥ 70, chiều cao, cân nặng, BMI, tiền sử gãy xương, không luyện tập thể dục, giảm chiều cao, tuổi có kinh > 16, tuổi mãn kinh < 45, số lần sinh con ≥ 5 lần, sử dụng corticoid kéo dài, mắc viêm khớp dạng thấp.

3.3. Các yếu tố nguy cơ theo mô hình hồi quy đa biến Logistic

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ của loãng xương theo mô hình hồi quy đa biến Logistic

Yếu tố nguy cơ	OR hiệu chỉnh	95%CI	P
Tuổi ≥ 70	3,34	1,20 - 1,99	< 0,001
Chiều cao thấp < 147 cm	2,33	1,08 - 2,43	< 0,05
Cân nặng thấp < 42 kg	3,26	1,65 - 7,49	< 0,001
Tuổi có kinh > 16	3,42	1,32 - 2,77	< 0,001
Tuổi mãn kinh hoặc cắt buồng trứng < 45	2,30	1,08 - 2,46	< 0,05
Số lần sinh con ≥ 5 lần	4,66	1,57 - 13,02	< 0,001

Nhận xét: Sau khi đưa các biến độc lập và biến phụ thuộc là mật độ xương vào mô hình hồi quy đa biến Logistic. Kết quả thu được các yếu tố nguy cơ của loãng xương ở phụ nữ gồm: Tuổi ≥ 70, tuổi có kinh > 16, tuổi mãn kinh hoặc cắt buồng trứng < 45, số lần sinh con ≥ 5 lần, chiều cao thấp < 147 cm, cân nặng thấp < 42 kg.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 720 phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An chúng tôi có một số bàn luận như sau:

Tỷ lệ loãng xương theo nghiên cứu của chúng tôi là 54,31% Kết quả chúng tôi thấp hơn kết quả của Hoàng Thị Bích (2014) nghiên cứu 650 phụ nữ ≥ 60 tuổi tỷ lệ loãng xương là 69,1% trong đó loãng xương nặng chiếm 18,7% [5]. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) nghiên cứu 988 phụ nữ trên 50 tuổi, tỷ lệ loãng xương 58,4% [1]. Nghiên cứu của Wade và cộng sự (2014), nghiên cứu 9 nước trên thế giới tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi, dao động từ 9% ở Mỹ, 15% ở Đức và Pháp đến 38% ở Nhật Bản [4]. Như vậy tỷ lệ loãng xương thay đổi theo tuổi, theo bệnh lý đồng mắc và theo địa dư.

Theo nhiều nghiên cứu chỉ ra tuổi là một yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng tới mật độ xương, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc loãng xương càng lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới ≥ 70 tuổi có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 3,34 lần so với nữ giới < 70 tuổi, có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR = 3,34; 95%CI = 1,20 - 1,99). Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) nhận thấy tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ ≥ 70 tuổi cao hơn 4,14 lần so với tuổi < 70 [1]. Qiao và cộng sự (2020) nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến giảm mật độ xương ở nông thôn Trung Quốc đưa ra kết luận phụ nữ có tuổi ≥ 70 có nguy cơ mắc loãng xương cao hơn 9,77 lần người khác có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR = 9,77; 95%CI = 6,15 - 15,5) [6]

Các nghiên cứu đã chỉ ra những người thấp bé có nguy cơ loãng xương đồng thời loãng xương làm giảm chiều cao cơ thể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới có chiều cao < 147 cm có nguy cơ bị loãng xương gấp 2,33 lần so với nữ giới có chiều cao ≥ 147 cm có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR = 2,33; 95%CI = 1,08 - 2,43) (Bảng 3.2). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) cho kết quả nữ giới

chiều cao < 147 cm có nguy cơ loãng xương cao gấp 2,97 lần so với người khác [1]. Tác giả Sureeat Saengsuda (2013) nghiên cứu mật độ xương ở phụ nữ ≥ 50 tuổi tại Thái Lan thấy phụ nữ loãng xương có chiều cao thấp hơn phụ nữ giảm mật độ xương và bình thường [2].

Cân nặng là yếu tố ảnh hưởng nhiều đến khối lượng xương đỉnh, ở phụ nữ cả khối mỡ và khối nạc đều ảnh hưởng đến mật độ khoáng của xương. Ở những người nhẹ cân sự mất xương xảy ra nhanh hơn và tần suất gãy xương cao hơn [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới có cân nặng dưới 42 kg có nguy cơ bị loãng xương cao gấp 3,26 lần người bình thường, có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR = 3,26; 95%CI = 1,65 - 7,49) (Bảng 3.2). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự (2015) đưa ra kết quả phụ nữ có cân nặng dưới 42 kg có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 9,48 lần người khác [1]. Sureeat Saengsuda (2013) nghiên cứu tại Thái Lan nhận thấy phụ nữ loãng xương có cân nặng thấp hơn rõ rệt so với với phụ nữ bình thường và giảm mật độ xương [2].

Tuổi có kinh lần đầu tiên trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,4 ± 1,53. Người có chu kỳ kinh lần đầu tiên lúc 16 tuổi trở lên có nguy cơ loãng xương gấp 3,42 lần người có kinh trước 16 tuổi có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR = 3,42, 95%CI = 1,32 - 2,77) (Bảng 3.2). Một số tác giả trong nước cũng nhận thấy có mối liên quan mật thiết giữa tuổi có kinh lần đầu tiên và loãng xương. Hoàng Thị Bích (2014) nghiên cứu trên 650 phụ nữ > 50 tuổi nhận thấy có mối liên quan giữa tuổi bắt đầu có kinh và loãng xương phụ nữ có chu kỳ kinh lần đầu tiên lúc 16 tuổi trở lên có nguy cơ loãng xương gấp 2,5 lần người có kinh trước 16 tuổi [5]. Yun và cộng sự (2015), nghiên cứu mối liên quan giữa tuổi có kinh nguyệt và loãng xương ở 2.530 phụ nữ mãn kinh ở Hàn Quốc cho kết quả nhận thấy những người có kinh nguyệt muộn nguy cơ mắc loãng xương cao hơn 1,11 lần so với người khác (Adjusted OR = 1,11; 95%CI = 1,020 - 1,207) [7].

Nghiên cứu của chúng trong số 720 đối tượng nghiên cứu có 662 phụ nữ đã mãn kinh chiếm 91,94%, phụ nữ mãn kinh trước 45 tuổi có nguy cơ mắc loãng xương cao gấp 2,30 lần người khác có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR = 2,30, 95%CI = 1,08 - 2,46) (Bảng 3.2). Theo Tào Minh Thúy (2013) nhận thấy người mãn kinh trước 45 tuổi có nguy cơ loãng xương cao gấp 3,38 lần những người khác (OR = 3,38, 95%CI = 1,405 - 8,130) [8]. Hoàng Thị Bích (2014) nghiên cứu trên 650 phụ nữ mãn kinh > 60 tuổi thấy mãn kinh < 45 tuổi là một yếu tố nguy cơ loãng xương [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi những người sinh con ≥ 5 lần có nguy cơ loãng xương gấp 3,36 lần so với người khác (OR = 4,66, 95%CI = 1,57 - 13,02) (Bảng 3.2). Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) phụ nữ sinh từ 5 con trở lên có nguy cơ loãng xương cao gấp 1,70 lần những phụ nữ sinh < 5 con (p < 0,001) [1]. Các tác giả khác Tào Minh Thúy (2013), Hoàng Thị Bích (2014) nhận thấy những phụ nữ sinh từ 3 con trở lên có tỷ lệ loãng xương cao hơn những phụ nữ sinh dưới 3 con [5], [8]. Quá trình mang thai là một yếu tố kích thích làm thay đổi hoạt động của nội tiết tố nữ do vậy làm ảnh hưởng đến

chu chuyển xương. Phụ nữ sinh nhiều con sẽ ảnh hưởng tới quá trình chuyển hóa canxi do có sự dịch chuyển canxi từ mẹ sang con trong quá trình mang thai và cho con bú. Trong hoàn cảnh kinh tế Việt Nam sinh nhiều con thường đi đôi với đói nghèo, lạc hậu nên không đủ điều kiện để bổ sung canxi và các chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể dẫn đến tăng nguy cơ loãng xương khi có tuổi.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ theo phân tích hồi quy đa biến Logistic là: Tuổi ≥ 70; Chiều cao thấp < 147 cm; Cân nặng thấp < 42 kg; Tuổi có kinh > 16; Tuổi mãn kinh hoặc cắt buồng trứng < 45; Số lần sinh con ≥ 5 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự**. (2015), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới từ 60 tuổi trở lên", Tạp chí Nghiên cứu y học. 75(5), tr. 91-98.
2. **Saengsuda Sureerat** (2013), Prevalence of Osteoporosis and Osteopenia in Thai Female Patients at Rajavithi Hospital.
3. **Asomaning K., et al**. (2006), "The association between body mass index and osteoporosis in patients referred for a bone mineral density examination", J Womens Health (Larchmt). 15(9), pp. 1028-34.
4. **Wade S.W., et al**. (2014), "Estimating prevalence of osteoporosis: examples from industrialized countries", Arch Osteoporos. 9, pp. 182.
5. **Hoàng Thị Bích, Nguyễn Thị Ngọc Lan và Hoàng Hoa Sơn** (2014), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh từ 60 tuổi trở lên", Tạp Chí Nội Khoa, tr. 185 - 190.
6. **Qiao Dou, et al.** (2020), "Gender-specific prevalence and influencing factors of osteopenia and osteoporosis in Chinese rural population: the Henan Rural Cohort Study", BMJ Open. 10(1), pp. e028593.
7. **Yun Bo Hyon, et al.** (2015), "Age at First Delivery and Osteoporosis Risk in Korean Postmenopausal Women: The 2008–2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES)", PLOS ONE. 10(5), pp. e0123665.
8. **Tào Minh Thúy và Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2013), "Khảo sát các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ miền Bắc Việt Nam từ 50 tuổi trở lên", Tạp chí Nội khoa, tr. 243 -249.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẮC CẦU TIÊU SỢI HUYẾT TĨNH MẠCH LIỀU TIÊU CHUẨN HOẶC KHÔNG TIÊU CHUẨN VỚI LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

Nguyễn Thanh Long[1], Dương Đình Chỉnh[2], Ngô Tiến Tuấn[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng có giá trị tiên lượng khi điều trị bắc cầu kết hợp tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều tiêu chuẩn hoặc không tiêu chuẩn và lấy huyết khối cơ học đối với bệnh nhân nhồi máu não sớm do tắc mạch lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả can thiệp theo dõi dọc ở 80 bệnh nhân bị nhồi máu não sớm do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước được điều trị bắc cầu. **Kết quả:** tỉ lệ tái thông tốt là 96,25%, kết quả tốt sau 3 tháng ở nhóm chung là 77,5% và tỉ lệ tử vong sau 90 ngày là 10%, tỉ lệ xuất huyết nội sọ là 31,25%, xuất huyết nội sọ có triệu chứng là 6,25%, các yếu tố NIHSS vào viện > 16 điểm, NIHSS 24 giờ > 8 điểm. Xuất huyết nội sọ nói chung, xuất huyết nội sọ có triệu chứng và kết quả tái thông kém (TICI 0-2a) là các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê, trong đó chỉ có NIHSS 24 giờ > 8 điểm là yếu tố tiên lượng độc lập cho kết quả điều trị. **Kết luận:** Phương pháp điều trị bắc cầu đạt tỉ lệ tái thông và phục hồi tốt cao, tỉ lệ tử vong và xuất huyết nội sọ triệu chứng thấp, yếu tố NIHSS sau 24 giờ > 8 điểm có giá trị tiên lượng độc lập cho kết quả điều trị.

[1]*BV Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[2]*Sở Y tế Nghệ An*
[3]*BVTWQĐ 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Long
Email: longnt@live.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khóa: nhồi máu não cấp, điều trị bắc cầu, các yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

PREDICTIVE FACTORS OF OUTCOMES IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS TREATED BY BRIDGING THERAPY WITH STANDARD-DOSE VERSUS NON-STANDARD-DOSE INTRAVENOUS THROMBOLYSIS PLUS MECHANICAL THROMBECTOMY

Objective: To investigate outcomes and predictive factors when treating with bridging therapy including standard-dose or non-standard-dose intravenous thrombolysis and mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke patients due to large vessel occlusions. **Subjects and methods**: A descriptive, longitudinal follow-up study of 80 patients with ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusions were treated with bridging therapy. **Results**: The good reperfusion rate was 96.25%, favorable functional outcomes after 90 days and mortality rates were 77.5% and 10% respectively for general group, intracranial hemorrhage's proportion was 31.25%, symptomatic intracranial hemorrhage's rate was 6.25%, 24-hour post-onset NIHSS more than 8 was independent predictors of outcomes. **Conclusion:** Bridging therapy had a high rate of reperfusion and functional outcomes, a low percentage of mortality and symptomatic intracranial hemorrhage, 24-hour post-onset NIHSS > 8 was independent predictors of outcomes.

Keywords: acute ischemic stroke, bridging therapy, predictive factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não cấp tính do tắc mạch lớn thường để lại di chứng nặng nề và nguy cơ tử vong cao hơn hẳn so với các trường hợp tắc mạch máu nhỏ do tổn thương não thường là diện rộng nếu không được tái thông mạch kịp thời. Phương pháp can thiệp tái thông động mạch tắc đường nội mạch hiện đã trở thành tiêu chuẩn mới trong điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn ngoài tiêu sợi huyết (TSH) tĩnh mạch.

Can thiệp lấy huyết khối cơ học nói chung và phương pháp bắc cầu kết hợp TSH tĩnh mạch và lấy huyết khối nói riêng hiện đã được nhiều địa phương triển khai, không chỉ ở các trung tâm lớn cấp trung ương mà còn ở những bệnh viện tuyến dưới, giúp bệnh nhân có được cơ hội can thiệp kịp thời, giúp giảm tỉ lệ di chứng và tử vong. Các yếu tiên lượng sớm kết quả điều trị của phương pháp bắc cầu giúp tối ưu hóa điều trị cho bệnh nhân để có thái độ theo dõi phù hợp, hướng xử trí hợp lý và kịp thời. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đề cập tới các yếu tố tiên lượng của điều trị bắc cầu, nghiên cứu này được tiến hành để phần nào đánh giá các yếu tố tiên lượng đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp tính do tắc mạch lớn tuần hoàn trước được điều trị bắc cầu phối hợp TSH tĩnh mạch và can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 6/2016 đến tháng 11/2019, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Các tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS) trước đột quỵ nhỏ hơn 2. Đột quỵ nhồi máu não cấp tính được thiết lập chẩn đoán với các dấu hiệu thiếu sót về thần kinh rõ ràng và bằng chứng về hình ảnh học không có XHNS. NIHSS vào viện ≥ 6 và < 30.

Bệnh nhân có bằng chứng hình ảnh học tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước (động mạch cảnh trong, động mạch não giữa (đoạn M1, M2), có thể tiếp cận được khi can thiệp nội mạch. Điểm ASPECTS (Alberta stroke program early CT score) đánh giá trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não ≥ 6.

Các tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân/người nhà từ chối tham gia nghiên cứu, không có CLVT sọ não và/hoặc CHT sọ não khi vào viện; có bằng chứng xuất huyết nội sọ (XHNS) trên lâm sàng, CLVT và/hoặc CHT.

Có các chống chỉ định liên quan tới TSH tĩnh mạch (tiểu cầu < 100 G/L, INR > 1,7 nếu dùng thuốc chống đông, đang bị chấn thương, có bệnh lý tan máu,…) và can thiệp lấy huyết khối (dị ứng thuốc cản quang, nghi ngờ phình tách động mạch chủ, giải phẫu hoặc bệnh lý cản trở việc đưa dụng cụ tới mạch bị tắc,…). Không theo dõi được trong vòng 90 ngày kể từ thời điểm khởi phát đột quỵ.

3. Phương pháp

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng, so sánh phương pháp bắc cầu với TSH tĩnh mạch liều tiêu chuẩn (0,9mg/kg) và phương pháp bắc cầu với liều TSH tĩnh mạch không tiêu chuẩn (< 0,9mg/kg và ≥ 0,6mg/kg) ở 80 bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần

hoàn trước.

Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh, đánh giá điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) khi vào viện/thời điểm khám và sau 24 giờ (hoặc khi ra viện nếu khoảng thời gian từ khi khởi phát tới khi ra viện dưới 24 giờ), làm các xét nghiệm, hình ảnh học cần thiết, được điều trị TSH tĩnh mạch và được lấy huyết khối cơ học càng sớm càng tốt, được theo dõi và xử trí theo phác đồ điều trị nhồi máu não cấp nói chung.

Thuốc TSH được dùng trong nghiên cứu là alteplase (tPA) (biệt dược là Actilyse, Boehringer Ingelheim), với liều 0,6-0,9 mg/kg với 10-15% tổn liều được bolus trong 1 phút, phần còn lại truyền tĩnh mạch liên tục trong vòng 1 giờ. Dụng cụ lấy/hút huyết khối được sử dụng là Solitaire (AB/FR/2/Platinum) (Covidien-Medtronic), đánh giá kết quả tái thông theo thang điểm TICI (Thrombolysis in Cerebral Infarction), có thể kết hợp TSH đường động mạch và/hoặc dùng bóng nong tạo hình mạch nếu chưa đạt mức độ tái thông tốt. Xác định tỉ lệ xuất huyết nội sọ (XHNS) nói chung và XHNS có triệu chứng, các đặc điểm hình ảnh học và can thiệp.

Theo dõi bệnh nhân

Bệnh nhân được theo dõi và xử trí theo phác đồ điều trị nhồi máu não cấp. Đánh giá điểm NIHSS khi vào viện/thời điểm khám và sau 24 giờ (hoặc khi ra viện nếu khoảng thời gian từ khi khởi phát tới khi ra viện dưới 24 giờ), kết quả theo thang điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS) sau 90 ngày kể từ khi đột quỵ, mRS 0-2 được coi là có kết quả tốt.

Xử lí số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS for Windows phiên bản 25.0. Thống kê mô tả chung các biến số nghiên cứu. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh tỉ lệ bằng kiểm định χ^2/Fisher's exact test. Tìm mối liên quan giữa nhiều biến nghiên cứu với mức độ hồi phục sau 3 tháng bằng phân tích logistic nhị thức hồi quy đa biến (có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các đặc điểm chung và tiền sử

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)	58,0 ± 13,2
Nam giới	46/80 (57,5%)
Các yếu tố nguy cơ	
Tăng huyết áp	48/80 (60%)
Rối loạn lipid máu	64/80 (80%)
Đái tháo đường	10/80 (12,5%)
Hút thuốc lá	33/80 (41,25%)
Rung nhĩ	33/80 (41,25%)

Tuổi trung bình là 58,0, nam giới chiếm 57,5%, NIHSS trung bình vào viện là 13,5, các yếu tố nguy cơ hay gặp là rối loạn tăng lipid máu (80%), tăng huyết áp (60%), rung nhĩ và hút thuốc lá (cùng 41,25%), đái tháo đường là yếu tố nguy cơ ít gặp nhất được xét đến với tỉ lệ là 12,5%.

Bảng 2. Các đặc điểm khi vào viện và cận lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị
NIHSS nhập viện trung bình	13,5 ± 5,1
ASPECTS	
6-7	11/80 (13,75%)
8-10	69/80 (86,25%)
Vị trí tắc mạch	
Động mạch cảnh trong	21/80 (26,25%)
M1 động mạch não giữa	51/80 (63,75%)
M2 động mạch não giữa	08/80 (10%)

NIHSS nhập viện trung bình là 13,5, ASPECTS 6-7 khi vào viện chếm tỉ lệ 13,75%, vị trí tắc mạch hay gặp nhất đoạn M1 động mạch não giữa (63,75%), chỉ có 8 trường hợp (10%) tắc đoạn M2 động mạch não giữa.

Bảng 3. Các đặc điểm của điều trị bắc cầu và kết quả điều trị

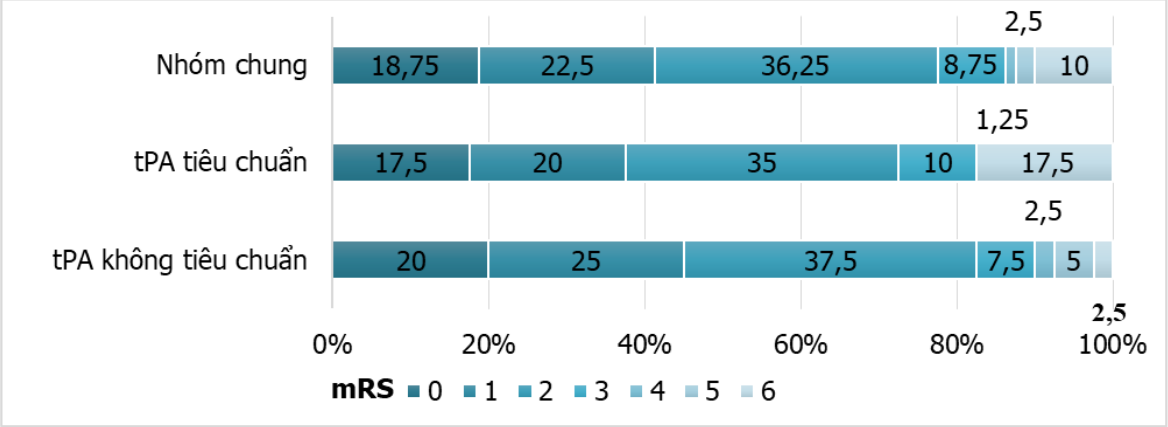
Đặc điểm	Giá trị
NIHSS 24 giờ trung bình	7,5 ± 6,7
TSH tĩnh mạch	
Liều 0,9 mg/kg	40/80 (50%)
Liều 0,6 mg/kg	14/80 (17,5%)
Liều > 0,6 và < 0,9 mg/kg	26/80 (32,5%)
Các khoảng thời gian (phút)	
Khởi phát – TSH tĩnh mạch	159,4 ± 60,8
Khởi phát – Can thiệp	248,9 ± 66,9
TSH tĩnh mạch – Can thiệp	89,5 ± 44,1
Số lần lấy huyết khối	
≤ 1 lần	27/80 (33,75%)
≤ 2 lần	49/80 (61,25%)

NIHSS 24 giờ trung bình là 7,5, 50% các trường hợp dùng liều tiêu chuẩn (0,9mg/kg), khoảng thời gian từ khi khởi phát tới can thiệp là 248,9 phút, phần lớn các bệnh nhân lấy huyết khối ≤ 2 lần (61,25%).

Bảng 3. Các kết quả tái thông và biến chứng

Đặc điểm	Giá trị
Tái thông	
TICI 2b-3	77/80 (96,25%)
TICI 0-2a	03/80 (3,75%)
Xuất huyết nội sọ	
Xuất huyết chung	25/80 (31,25%)
Có triệu chứng	05/80 (6,25%)

Kết quả tái thông tốt (TICI 2b-3) rất cao (96,25%), chỉ có 3 trường hợp (3,75%) tái thông không thành công; 31,25% bị XHNS nói chung, chỉ 6,25% bị XHNS có triệu chứng.



Biểu đồ 1. Mức độ hồi phục chức năng ở thời điểm 90 ngày

Tỉ lệ có mRS = 0 ở nhóm chung là 18,75%, ở nhóm tPA tiêu chuẩn là 17,5% và ở nhóm tPA không tiêu chuẩn là 20%; số bệnh nhân có kết quả tốt (mRS 0-2) ở nhóm chung đạt 77,5%. Tỉ lệ tử vong ở nhóm chung là 10%, ở nhóm tPA tiêu chuẩn là 17,5% và ở nhóm tPA không tiêu chuẩn là 2,5%.Các kết quả hồi phục theo mRS không có khác biệt giữa 2 nhóm tPA liều tiêu chuẩn và tPA liều không tiêu chuẩn.

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả hồi phục sau 90 ngày

Yếu tố	mRS 0-2 (n=62)	mRS 3-6 (n=18)	p bảng 2x2	p đa biến
NIHSS vào viện > 16	14 (22,6%)	10 (55,6%)	**0,007**	0,301
NIHSS 24 giờ > 8	7 (11,3%)	15 (83,3%)	**< 0,001**	**0,001**
Liều tiêu chuẩn	29 (46,8%)	11 (61,1%)	0,284	/
ASPECTS 6-7	7 (11,3%)	4 (22,2%)	0,256	/
XHNS chung	14 (22,6%)	11 (61,1%)	**0,002**	0,076
XHNS có triệu chứng	0 (0%)	5 (27,8%)	**< 0,001**	-
TICI 0-2a	0 (0%)	3 (16,7%)	**0,01**	-

Các yếu tố NIHSS vào viện > 16, NIHSS 24 giờ > 8, XHNS chung, XHNS có triệu chứng và kết quả tái thông kém (TICI 0-2a) là các yếu tố tiên lượng kết quả kém sau 90 ngày có ý nghĩa thống kê (p<0,05); trong số đó yếu tố điểm NIHSS 24 giờ > 8 là yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nghiên này là 58,0, thấp hơn của nhóm can thiệp chung trong nghiên cứu EXTEND-IA là 68,6 tuổi[4], của nhóm điều trị can thiệp của nghiên cứu SWIFT PRIME là 65,0[8], của nghiên cứu MR CLEAN là 65,8 tuổi[3], nghiên cứu ESCAPE là 71 tuổi[5],. Nam giới chiếm đa số với 57,5% các trường hợp, cao hơn so với tỉ lệ 55% của nghiên cứu SWIFT PRIME[8], 49% của nghiên cứu EXTEND-IA[4].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp thứ hai với tỉ lệ là 60% trong nghiên cứu này, tương đương với nghiên cứu REVASCAT (60.2%)[7], ESCAPE (63.6%)[7], SWIFT PRIME (67%)[8], cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Đào Việt Phương là 27,9%[1]. Tỉ lệ có rung nhĩ khá cao với

41,25%, cao hơn không đáng kể so với các với nghiên cứu SWIFT PRIME là 39%[8], ESCAPE là 37%[7], REVASCAT[7], EXTEND-IA[4] là cùng 34%, cao hơn rõ rệt so với tỉ lệ 16,3% của Đào Việt Phương[1]. Điểm NIHSS khi vào viện trung bình của nghiên cứu là 13,5, thấp hơn nhóm can thiệp của nghiên cứu MR CLEAN, EXTEND-IA và nhóm điều trị bắc cầu của nghiên cứu SWIFT PRIME là 17[3, 4, 8], điểm NIHSS thấp hơn các nghiên cứu được so sánh thì có thể ảnh hưởng tới kết quả, cụ thể là có thể kết quả sẽ tốt hơn do mức độ trầm trọng của đột quỵ kém hơn.

Điểm ASPECTS 6-7 khi vào viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu này là 13,75%, thấp hơn so với 38,37% theo Đào Việt Phương[1], trong khi phần lớn các bệnh nhân có ASPECTS cao chiếm tỉ lệ lớn (ASPECTS 9 và 10 lần lượt có tỉ lệ là 32,5% và 31,25%), đặc điểm này cũng có thể góp phần làm cho kết quả tốt của nghiên cứu này có thể cao hơn các nghiên cứu khác. Tỉ lệ tắc động mạch cảnh trong của nghiên cứu này là 26,25%, cao hơn không đáng kể so với 20,6% theo kết quả của Võ Văn Tân[2].

Khoảng thời gian kể từ khởi phát tới bắt đầu can thiệp trung bình của nghiên cứu này là 248,9 phút, cao hơn khi so với 224 phút trong nhóm điều trị bắc cầu của nghiên cứu SWIFT PRIME[8]. Nhìn chung, các khoảng thời gian được xét tới còn chưa thật sự tốt, là một trong những vấn đề cần cải thiện nhất để giúp cho bệnh nhân hạn chế được tổn thương não tới mức tối đa. Phần lớn các bệnh nhân lấy huyết khối ≤ 2 lần (61,25%) và tỉ lệ tái thông thành công (TICI 2b-3) rất cao là 96,25%, cao hơn so với các kết quả của nghiên cứu REVASCAT (65,7%), nghiên cứu ESCAPE (72,4%)[7], cao hơn không tương đối so với kết quả của EXTEND-IA (86,2%)[4], SWIFT PRIME (88%)[8] và của Đào Việt Phương (91%)[1].

Các bệnh nhân của nghiên cứu này có điểm NIHSS sau 24 giờ trung bình là 7,5 giảm rõ rệt so với 13,5 khi vào viện. Tất cả các bệnh nhân đều được TSH tĩnh mạch, trong đó 50% sử dụng liều chuẩn (0,9mg/kg), 17,5% sử dụng liều thấp (0,6mg/kg), còn lại 32,5% sử dụng các liều trung gian giữa liều chuẩn và liều thấp.

XHNS chung chiếm tỉ lệ 31,25% các bệnh nhân nghiên cứu, cao hơn không đáng kể so với 29% theo Đào Việt Phương[1]. Còn tỉ lệ XHNS có triệu chứng là 6,25%, thấp hơn so với 7,7% ở nhóm can thiệp của nghiên cứu MR CLEAN[3], cao hơn so với 3,6% của nhóm can thiệp của nghiên cứu ESCAPE[7] cao hơn không đáng kể so với 5% của nhóm điều trị bắc cầu của nghiên cứu SWIFT PRIME[8], nghiên cứu EXTEND-IA là 6%[4] và 5,8% của Đào Việt Phương[1].

Kết quả hồi phục tốt (mRS 0-2) sau 3 tháng của nhóm chung là 77,5%, cao hơn kết quả 71% của nghiên cứu EXTEND-IA[4] là tỉ lệ cao nhất trong các nghiên cứu được so sánh. Tỉ lệ tử vong sau 90 ngày trong nghiên cứu này là 10% (mRS = 6), cao hơn kết quả 3,49% của Đào Việt Phương[1], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu MR CLEAN là 21%[3], nghiên cứu REVASCAT là 18,4%[7], tương đương với 12% của nghiên cứu của Võ Văn Tân[2] và của SWIFT PRIME[8], 9% của nghiên cứu EXTEND-IA[4], 10% của nghiên cứu ESCAPE[7].

Các yếu tố NIHSS vào viện > 16, NIHSS 24 giờ > 8, XHNS chung, XHNS có triệu chứng và kết quả tái thông kém (TICI 0-2a ảnh hưởng tới kết quả sau 3 tháng có ý nghĩa thống kê. Khi phân tích hồi quy đa biến thì NIHSS 24 giờ > 8 là yếu tố tiên lượng độc lập, phù hợp với các nghiên cứu của Jiang[6]

khi điểm NIHSS sau 24 giờ càng cao thì ảnh hưởng xấu tới kết quả hồi phục lâm sàng, điểm NIHSS sau 24 giờ cao là biểu hiện lâm sàng của tình trạng tổn thương não nặng nề cho dù tái thông thành công hay thất bại.

Các yếu tố XHNS chung khi phân tích đa biến thì không phải là yếu tố tiên lượng độc lập, nhưng có giá trị p=0,076 nên có thể cho là có xu hướng có ý nghĩa thống kê và có XHNS chung có xu hướng là yếu tố tiên lượng độc lập và có thể là yếu tố tiên lượng độc lập nếu cỡ mẫu đủ lớn, điều này có thể lý giải là nếu XHNS xảy ra thì là yếu tố tăng nặng làm ảnh hưởng tới kết cục lâm sàng. Yếu tố tái thông không thành công (TICI 0-2a) và XHNS có triệu chứng thì không đánh giá được giá trị p đa biến do có tỉ lệ bằng 0 nên không xác định được là yếu tố tiên lượng độc lập hay không. Tuy nhiên nếu các yếu tố này có giá trị tiên lượng độc lập thì cũng là dễ hiểu khi tái thông thành công giúp khôi phục dòng máu nuôi tới não, giảm mức độ tổn thương của não, do đó bảo tồn được chức năng thần kinh của vùng tranh tối tranh sáng và ngược lại.

XHNS có triệu chứng khi phân tích bảng 2x2 thì có giá trị p < 0,05, khả năng nếu khả thi về mặt tính toán thống kê thì XHNS có triệu chứng rất có thể cũng là yếu tố tiên lượng độc lập khi XHNS đã được xác định là XHNS có triệu chứng thì nghĩa là tình trạng lâm sàng đã nặng nề hơn chủ yếu do tình trạng xuất huyết, cho nên những bệnh nhân bị XHNS có triệu chứng đều tiên lượng rất nặng nền và có tỉ lệ tử vong cao. Yếu tố liều lượng TSH tĩnh mạch không có ý nghĩa thống kê, ta có thể hiểu là nếu lựa chọn bệnh nhân điều trị một cách đúng đắn thì XHNS và tiêu sợi huyết tĩnh mạch không ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị bắc cầu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn trước có kết quả tốt với tỉ lệ tái thông và tỉ lệ hồi phục tốt sau 90 ngày cao, khá an toàn với tỉ lệ tử vong và XHNS có triệu chứng thấp. NIHSS sau 24 giờ > 8 là yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Việt Phương**, Nghiên cứu điều trị tắc động mạch lớn hệ tuần hoàn trước trong 6 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch kết hợp với lấy huyết khối cơ học, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2019.
2. **Võ Văn Tân và cộng sự**, "Kết quả điều trị tiêu huyết khối tĩnh mạch kết hợp lấy huyết khối bằng dụng cụ trong điều trị nhồi máu não tối cấp", Y học TP. Hồ Chí Minh. 6(Phụ bản Tập 22), 2018, tr. 75-80.
3. **Berkhemer, O. A., et al.,** "A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke", N Engl J Med. 372(1), 2015, pp. 11-20.
4. **Campbell, Bruce C.V., et al.,** "Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection", New England Journal of Medicine. 372(11), 2015, pp. 1009-1018.
5. **Goyal, M., et al.**, "Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke", N Engl J Med. 372(11), 2015, pp. 1019-30.
6. **Jiang, S., et al.**, "Predictors of Outcome and Hemorrhage in Patients Undergoing Endovascular Therapy with Solitaire Stent for Acute Ischemic Stroke", PLoS One. 10(12), 2015, p. e0144452.
7. **Jovin, Tudor G., et al.,** "Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic Stroke". 372(24), 2015, pp. 2296-2306.
8. **Saver, Jeffrey L., et al**., "Stent-Retriever Thrombectomy after Intravenous t-PA vs. t-PA Alone in Stroke", New England Journal of Medicine. 372(24), 2015, pp. 2285-2295.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN VÀ SỎI NIỆU QUẢN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ TẠI BV HNĐK NGHỆ AN

Lê Ngọc Bằng*, Nguyễn Văn Hương*, Hồ Văn Hoàng*, Chu Xuân Hoàng*, Chu Văn Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản ở 207 BN bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, Thời gian từ 01/2020 đến 09/2020**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả.Tất cả BN chẩn đoán sỏi thận, sỏi niệu quản trên và sỏi niệu quản đoạn 1/3 dưới. **Kết quả**: 207 BN trong đó 86 nữ và 121 nam, với tuổi trung bình 47,82 ± 12,59 được tán sỏi ngoài cơ thể. Thời gian tán sỏi trung bình: 41,82 ±11,29 phút; 82,1% BN kết quả tốt ngay sau tán sỏi vỡ hoàn toàn; 87,9% BN hết sỏi sau 2 tháng. Ngay sau tán 82,6% còn triệu chứng đau thắt lưng nhẹ; 58,9% có đái máu và ra đái sỏi; 8 BN được đặt ống thông JJ trước tán. Biến chứng: 01 trường hợp sốt cao sau tán sỏi, 40 trường hợp có biến chứng tắc nghẽn niệu quản do mảnh sỏi vỡ, trong đó có 04 trường hợp phải chuyển mổ mở lấy sỏi. **Kết luận**: Tán sỏi ngoài cơ thể là phương pháp ít xâm lấn, là lựa chọn đầu tiên cho những sỏi thận và niệu quản, là phương pháp an toàn, giải phóng sức lao động sớm và có thể phối hợp rất tốt với các phương pháp khác điều trị sỏi tiết niệu.

Từ khóa: sỏi thận, sỏi niệu quản

SUMMARY

ASSESS RESULTS OF TREATMENT KIDNEY STONES AND URETERAL STONES (UROLITHIASIS) WITH EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: Assess results of treatment nephrolithiasis for 207 patients with Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) from January 2020 to september 2020. **Subjects and Method**: Cross sectional study. **Results:** 207 patients including 86 women and 121 men with the average age 47,82 ± 12,59. The average time for the complete treatment takes about 41,82 ±11,29 minutes. 82,1% of patients got good results right after the stones were completely broken; 87,9% of patients would be stone free within 2 months. 82,6% of patients having mild pain in the back; 58,9% of patients passed urine with blood or stone fragments; 8 patients were used catheterization JJ before applying ESWL. Complications 01 case got high fever after ESWL; 40 cases who had got ureteral obstruction due to stone fragments in the ureters. **Conclusion**: Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) is less invasive and very safe method, is the first choice for kidney stones and ureteral stones (urolithiasis). ESWL early releases patients and can be coordinated with other treatment methods.

Keywords: kidney stones, ureteral stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh rất phổ biến và hay tái phát, chiếm 40-45% trong các bệnh lý về

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Bằng
Email: bschuhoangbvdkna@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

tiết niệu ở nước ta [8]. Các điều tra dịch tễ học cho thấy ở Châu âu và Bắc Mỹ sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 3-4% dân số. Sỏi thận và niệu quản gây ra nhiều biến chứng và những tổn thương nghiêm trọng cho đường tiết niệu do tắc ghẽn đường bài xuất và do nhiễm khuẩn [9]. Từ cuối thế kỷ 19, việc điều trị sỏi thận cả về nội khoa và ngoại

khoa đã có nhiều tiến bộ đạt đến chuẩn mực và đặc biệt từ những năm 80 trở lại đây các kỹ thuật ít sang chấn ra đã ra đời [1],[9] như Tán sỏi ngoài cơ thể; Tán sỏi qua da; Tán sỏi qua nội soi niệu quản, là các kỹ thuật này ít gây đau đớn cho bệnh nhân và rút ngắn thời gian điều trị, hạn chế những bất lợi của phẫu thuật can thiệp xâm lấn [9],[11]. Hiện nay, Bệnh viện HNĐK Nghệ An đã ứng dụng kỹ thuật tán sỏi ngoài cơ thể để điều trị sỏi thận và niệu quản cho bệnh nhân bằng máy tán sỏi thế hệ mới điện từ trường Vì vậy, chúng tôi tiến hành "Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản 1/3 trên bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm BN điều trị tán sỏi ngoài cơ thể.

2. Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản 1/3 trên bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể trên máy tán sỏi điện từ trường Dornier Compact Delta II

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả 207 được chẩn đoán sỏi thận và niệu quản 1/3 trên và 1/3 dưới điều trị bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể.

- Tiêu chuẩn chọn BN nghiên cứu:

+ Sỏi thận có kích thước < 25 mm, sỏi niệu quản 1/3 trên và 1/3 dưới < 15 mm.

+ Chức năng thận tốt, khá.

+ Không có dị dạng bẩm sinh hay mắc phải làm tắc nghẽn đường niệu dưới sỏi.

+ Không có nhiễm khuẩn niệu.

+ Không có rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.

+ BN có bệnh toàn thân như: cao huyết áp, đái tháo đường phải được điều trị trước tán sỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thờ i gian từ 6/2018 – 5/2019.Tại khoa Ngoại Tiết niệu - Bệnh việnHNĐK Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Phương tiện nghiên cứu:

Máy tán sỏi ngoài cơ thể Dornier Compact Delta II của Đức với nguồn phát sóng xung là điện từ trường, sử dụng hệ thống định vị sỏi bằng X quang, có hệ thống điều khiển tán sỏi từ phòng ngoài.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu.

2.5.1. Đặc điểm lâm sàng.

- Nhóm tuổi: chia ra là m 6 nhóm (Theo WHO).

- Giới.

- Triệu chứng lâm sàng

2.5.2. Đặc điểm cận lâm sàng.

* Siêu âm [6], [9], [10]: cho biết kích thước, vị trí, số lượng sỏi, mức độ ứ giãn của đài bể thận.

*Chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị và chụp UIV:

- Xác định vị trí, số lượng, kích thước, mức độ cản quang của sỏi và đánh giá chức năng thận.

- Đánh giá chức năng thận

* Xét nghiệm máu

* Xét nghiệm nước tiểu

2.5.3. Điều trị tán sỏi ngoài cơ thể.

* Chuẩn bị trước tán:

* Kỹ thuật tán:

2.5.4. Điều trị và theo dõi sau tán:

* Theo dõi sau tán 24 giờ:

* Theo dõi sau tán 1 tháng:

- Siêu âm và chụp X quang để đánh giá mức độ vỡ và di chuyển của sỏi: nếu mảnh vỡ > 5 mm thì tán lại lần 2.

- Sau 2, 3 tháng kiểm tra lại (kể từ lần tán đầu tiên) để đánh giá hiệu quả tán sỏi.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu:

Thu thập số liệu trên mẫu bệnh án nghiên cứu đã có.

2.7. Xử lý số liệu. Theo phương pháp thống kê y học SPSS 26

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính

Tuổi	<20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
Nữ	1(0,48%)	5(2,42%)	11(5,31%)	28(13,53%)	28(13,53%)	12(5,8%)	1(0,48%)
Nam	0(0%)	15(7,25%)	25(12,8%)	36(14,49%)	30(14,49%)	10(4,83%)	5(2,42%)
Tổng	1(0,48%)	20(9,66%)	36(17,39%)	64(30,92%)	58(28,02%)	22(10,63%)	6(2,90%)

- Tuổi trung bình: 47,82 ± 12,59. Nhóm tuổi từ 31-60 chiếm 86,96%, BN cao tuổi nhất 87 tuổi, thấp nhất 17 tuổi. Nam 58,45%; Nữ 41,55%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,41

3.2. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Cơn đau quặn thận	27	13,04
Đau âm ỉ vùng lưng	151	72,95
Đái máu đại thể	40	19,32
Đái buốt, dắt, sốt	0	0,0
Tiền sử can thiệp sỏi tiết niệu	16	7,73%

- Các triệu chứng lâm sàng: đau âm ỉ vùng thắt lưng bên có sỏi 72,95%, đau quặn thận chiếm 13,04%, có 19,32% BN có đái máu đại thể

- Tiền sử bệnh tiết niệu: 7,73% BN có tiền sử can thiệp về sỏi tiết niệu

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Đặc điểm nước tiểu

Bảng 3. Các đặc điểm cận lâm sàng nước tiểu

Xét nghiệm / Kết quả	HC niệu		BC niệu	
	Số BN	%	Số BN	%
(-)	45	21,7	56	27
(+)	107	51,7	105	50,7
(++)	55	26,6	46	32,3
Cộng	207	100	207	100

- 162 bệnh nhân có hồng cầu trong nước tiểu

- 46 bệnh nhân có bạch cầu niệu (++)

3.3.2. Đặc điểm về chức năng thận

Bảng 4. Kết quả chụp niệu đồ tĩnh mạch

Chức năng thận	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	128	82,5%
Khá	27	17,5%
kém	0	0%
Tổng số	155	100%

- Có tổng 155 bệnh nhân được chụp UIV trước tán đa số là bệnh nhân sỏi thận và niệu quản trên

- BN có chức năng thận tốt chiếm 82,50%.

- 17,5% bệnh nhân có chức năng thận trung bình

- Không có bệnh nhân chức năng thận kém

3.3.3. Các đặc điểm về sỏi.

Bảng 5. Sự phân bố về vị trí của sỏi

	Thận				Niệu quản	
	Đài trên	**Đài giữa**	**Đài dưới**	**Bể thận**	**Trên**	**Dưới**
Số lượng	23	23	31	11	67	52
Tỉ lệ (%)	11,1	11,1	15	5,3	32,4	25,1

- Tỷ lệ tán sỏi ở thận và niệu quản là tương đương nhau, và chia đều ở các vị trí đài trên, giữa, dưới, bể thận, niệu quản trên và dưới, nhưng tỷ lệ sỏi niệu quản trên chiếm tỷ lệ có phần cao hơn các vị trí khác

3.3.4. Kích thước sỏi.

Bảng 6. kích thước sỏi

Kích thước dài (mm)	0-10	10-20	>20
Số lượng	77	123	7
Tỷ lệ (%)	37,2	59,4	3,4

- Trung bình 12,31 ± 3,62

- Kích thước sỏi từ 10 – 20 mm chiếm đa số 59,4 %

3.4. Kết quả sau tán.

- Cường độ tán 20 – 22 Kv.

- Thời gian tán sỏi trung bình 41,82 ± 11,28 phút. Ngắn nhất là 6 phút và nhiều nhất là 60 phút.

- Số xung sử dụng trung bình trong 1 lần tán là 1841,4629 ± 527,58 xung. Ít nhất là 495 xung và nhiều nhất là 3055 xung.

3.4.1. Số lần tán.

Bảng 7. Số lần tán

Số lần tán	1	2
Số lượng	195	12
Tỷ lệ (%)	94,2	5,8

Tỷ lệ tán lần 2 chiếm 5,8 % các ca bệnh nghiên cứu, phần lớn ở các ca sỏi KT lớn và nhiều viên

3.4.2. Tỷ lệ sỏi vỡ trong tán.

Bảng 8. Tỷ lệ sỏi vỡ

	Vỡ hoàn toàn	**Vỡ không hoàn toàn**	**Không vỡ**
Số lượng	135	60	12
Tỷ lệ (%)	65,2	29,0	5,8

3.4.3. Tỷ lệ sạch sỏi (Tỷ lệ sạch sỏi trên XQ sau tán) :

Bảng 9. Tỷ lệ sạch sỏi sau tán

	n	**%**
Không sạch sỏi	25	12.1
Sạch sỏi	182	87,9

Tỷ lệ sạch sỏi trên XQ sau tán chiếm tỷ lệ khá cao, sạch hoàn toàn chiếm 87,9%,gặp ở sỏi KT nhỏ và vừa,sỏi niệu quản và sỏi ít viên,để thấy kết quả tán sỏi ngoài cơ thể tại bệnh viện HNĐK Nghệ An trong 2020 là tương đối hiệu quả

3.4.4 Biến chứng sau tán

Bảng 10. Các biến chứng sau tán

Triệu chứng	**n**	**%**
Đau âm ỉ vùng lưng	159	76,81
Đái máu đại thể	107	51,69
Đái buốt, dắt, sốt	1	0,48

3.4.5. Vị trí tắc nghẽn trên niệu quản.

Bảng 11: Vị trí tắc niệu quản sau tán (n = 40)

Vị trí tắc NQ	**Số BN**	**Tỷ lệ %**
NQ trên	12	30
NQ giữa	4	10
NQ dưới	24	60
Tổng	**40**	**100**

3.4.6. Các phương pháp xử trí tắc nghẽn.

Bảng 12 : Các phương pháp xử trí tắc nghẽn (n=40)

Phương pháp điều trị	**Số BN**	**Tỷ lệ %**
Nội khoa	28	70
TSNCT	8	20
Mổ mở	4	10
Cộng	**40**	**100**

3.5. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

3.5.1. Liên quan kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Bảng 13. Liên quan kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

		Sạch sỏi		**tổng**
		Không	**Sạch**	
Kích thước sỏi	<10 mm	0	77	77
	10-20	18	105	123
	>20	7	0	7
	tổng	**25**	**182**	**207**

- Có mối tương quan giữa kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi p<0,05 hệ số tương quan r = -0,424

3.5.2. Liên quan số lượng sỏi và tỷ lệ sạch sỏi

Bảng 14*. Liên quan số lượng sỏi và tỷ lệ sạch sỏi (n=207)*

	1 viên	**02 viên**
Không sạch	23	2
Sạch	176	6
Tổng	**199**	**8**

- Không có mối tương quan giữa tỉ lệ sạch sỏi và số lượng viên sỏi p >0.05

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới.

- Tuổi trung bình nghiên cứu: 47,82 ± 12,59. Nghiên cứu có kết quả tuổi trung bình cao hơn với nghiên cứu của Lê Đình Khánh 41,2 ± 10,4, [3].

- Tỷ lệ nam/ nữ: 1,41. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu trong nước [7], nhưng khác với các nghiên cứu ở Châu Âu, tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [11].

- Qua nghiên cứu triệu chứng lâm sàng chủ yếu của BN đau vùng thắt lưng bên có sỏi chiếm 72,95%. đau quặn thận 7,73% Kết quả này cũng tương đương với các tác giả trong nước [1],[4].

4.2. Xét nghiệm nước tiểu.

- Nghiên cứu có 46 BN không có bạch cầu trong nước tiểu, những bệnh nhân này được cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ trước khi tán sỏi ngoài cơ thể, 162 bệnh nhân có hồng cầu trong nước tiểu.

4.3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV).

- Trong nhóm nghiên cứu thận có chức năng tốt 82,5%, 17,5% bệnh nhân có chức năng thận trung bình, không có bệnh nhân nào chức năng thận kém được tán sỏi.

4.4. Đặc điểm sỏi

- Kích thước sỏi trung bình 12,31 ± 3,62mm, kích thước sỏi từ 10 – 20mm chiếm đa số 59,4%

- Diện tích bề mặt sỏi trung bình 72,95 ± 14,05, diện tích bề mặt sỏi ở khoảng 50 – 100 chiếm đa số các ca bệnh nghiên cứu chiếm 51%

- Tỷ lệ sỏi cản quang có đậm độ khá rõ trên XQ, chiếm tới 3/4, khá thuận lợi cho việc tán

- Sỏi kích thước càng lớn hoặc số viên sỏi càng nhiều thì tỷ lệ sạch sỏi sau tán càng giảm với p <0,05

4.5. Kết quả tán sỏi.

- Cường độ tán 20 – 22 Kv.

- Thời gian tán sỏi trung bình 41,82 ± 11,28 phút. Ngắn nhất là 6 phút và nhiều nhất là 60 phút.

- Số xung sử dụng trung bình trong 1 lần tán là 1841,4629 ± 527,58 xung. Ít nhất là 495 xung và nhiều nhất là 3055 xung.

- Sỏi được tán vỡ hoàn toàn chiếm 87,9%, sỏi vỡ còn mảnh to chiếm tỷ lệ 26,5% và chỉ có 5,9% sỏi không vỡ sau tán lần 1. Kết quả cao hơn so với một số nghiên cứu [1],[2]. Do kích thước sỏi trung bình trong nhóm nghiên cứu thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác.

- Nghiên cứu có 25 trường hợp không sạch sỏi tập trung chủ yếu ở nhóm sỏi kích thước lớn với p < 0,05. Trong thực tế lâm sàng việc xác định kích thước thường dễ hơn nhiều so với thành phần sỏi, vì vậy kích thước sỏi được coi là tiêu chuẩn chính để quyết định lựa chọn phương pháp điều trị,

phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy có sự liên quan mật thiết giữa kích thước và tỷ lệ sạch sỏi (tỷ lệ sạch sỏi luôn tỷ lệ nghịch với kích thước).

- BN có triệu chứng đau thắt lưng 76,81% và đái máu 51,69%, sau tán sỏi. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy các trường hợp sỏi vỡ hoàn toàn là có triệu chứng đái máu có kèm đái ra sỏi sau tán.

- Có 01 BN biến chứng sốt sau tán điều trị nội khoa kháng sinh theo dõi bệnh nhân hết sốt sau 2 ngày.

- 04 BN có tắc niệu quản do mảnh sỏi vỡ di chuyển xuống, đã được thông rửa niệu quản thất bại phải chuyển mổ mở lấy sỏi.

- Có 08 BN sỏi thận kích thước to được đặt ống thông JJ trước tán và được rút sau khi kiểm tra hết sỏi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 207 bệnh nhân được điều trị tán sỏi ngoài cơ thể bằng máy tán sỏi Dornier Compact Delta II, chúng tôi thấy:

- Tuổi trung bình: 47,82 ± 12,59; Tỷ lệ nam/nữ: 1,41.

- Triệu chứng lâm sàng chính là đau âm ỉ vùng thắt lưng chiếm 72,95%. đau quặn thận là 13,04%

- Thời gian tán sỏi trung bình là: 41,82 ± 11,28 phút.

- 87,9% kết quả tốt ngay sau tán, sỏi vỡ hoàn toàn.

- 74,1% bệnh nhân chỉ phải tán sỏi 1 lần.

- Ngay sau tán BN có triệu chứng đau thắt lưng nhẹ 76,81%, có đái máu 51,69% và kèm đái sỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vũ Khải Ca, Hoàng Long và Cộng sự** (2002), "Nghiên cứu điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể kết hợp với đặt ống thông JJ", Tạp chí Y học thực hành số 491, tr.481-484.
2. **Nguyễn Việt Cường** (2003), "Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể trên máy Modulith SLX tại Bệnh viện Việt Đức", Luận văn thạc sỹ y học, học viện quân y - Hà nội.
3. **Lê Đình Khánh và Cộng sự** (2002), "Kết quả tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi tiết niệu bằng máy MZ. ESWL - VI tại Đại học y Huế, Tạp chí ngoại khoa, số 3, tr. 307 -310.
4. **Lê Xuân Tân** (2001), "Đánh giá kết quả phương pháp tán sỏi tiết niệu từ bên ngoài cơ thể tại Bệnh viện C Thái nguyên", Hội thảo chuyên đề tán sỏi ngoài cơ thể và thận nhân tạo, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 49-56.
5. **Nguyễn Ngọc Tiến** (2006), "Kết quả ban đầu điều trị sỏi niệu bằng máy tán sỏi ngoài cơ thể STORZ ODULITH tại Bệnh viện FV". Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 10, phụ bản số 1, tr 80 - 85.
6. **Nguyễn Phước Bảo Quân** (2002), "Thận - hệ tiết niệu trên", Siêu âm tổng quát, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr. 361-430.
7. **Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ và Cộng sự** (2000), "Nghiên cứu ứng dụng máy tán sỏi ngoài cơ thể Modulith SLX vào điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản tại khoa tiết niệu Bệnh viện Việt Đức Hà nội", Đề tài cấp Bộ.
8. **Nguyễn Bửu Triều** (2000), "Sỏi tiết niệu", Bách khoa thư bệnh học, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa, Hà Nội.

KẾT QUẢ NỐI THỰC QUẢN HỔNG TRÀNG TẬN TẬN KHÔNG CẮT THỰC QUẢN VÀ HỔNG TRÀNG TRƯỚC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY

Đinh Văn Chiến*, Nguyễn Văn Hương* và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kỹ thuật nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, các bệnh nhân được làm miệng nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước từ 07/2017 đến 10/2020.

Kết quả: Có 70 bệnh nhân, tuổi trung bình 62,5. Tỷ lệ nam/nữ 4,4/1. Khoảng cách từ bờ tổn thương phía trên đến diện cắt trên trung bình 5,2cm. 11,4% ung thư 1/3 trên dạ dày và 81,4% ung thư 1/3 giữa. Ung thư ở các giai đoạn lần lượt là IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 4,3%, 15,7%, 31,4%, 21,4%, 8,6%, 14,3% và 4,3%. 4,2% có tai biến nhẹ trong mổ và 2,8% biến chứng sau mổ, không có biến chứng rò tiêu hóa và tử vong trong và sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 203,8 phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,0 ngày. Thời gian sống thêm sau mổ 01 năm là 97,9% và 02 năm 93,1%, thời gian sống thêm trung bình là 35,3 ± 0,9 tháng.

Kết luận: Kỹ thuật nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước là an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày.

Từ khóa: Nối thực quản hổng tràng trong phẫu thuật nội soi.

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Chiến
Email: chienbvna@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

OUTCOMES OF TECHNIQUE OF FUNCTIONAL END-TO-END ESOPHAGOJEJUNOSTOMY WITHOUT PREVIOUS RESECTION OF ESOPHAGUS AND JEJUNUM

Background: We aimed to evaluate the outcomes of the technique of functional end-to-end esophagojejunostomy without previous resection of the esophagus and jejunum in the LTG.

Methods: A prospective observational study on patients received technique of functional end-to-end esophagojejunostomy without previous resection of esophagus and jejunum between 07/2017 to 10/2020.

Results: We included 70 patients with a mean age of 62,5. 11,4% of patients having tumors in the upper third of the stomach, and 81,4% of patients having tumors in the middle of the stomach. There were 4,2% of cases having incidents during the surgery and 2,8% of cases having complications after the surgery. No anastomotic leakage or death was observed after the surgery. The operation time was 203,8 minutes. The mean hospital stay was 8,0 days. The 1-year survival after the surgery was 97,9%, and 2-year survival was 93,1%. The mean survival was 35,3 ± months.

Conclusion: The technique of functional end-to-end esophagojejunostomy without

previous resection of esophagus and jejunum was safe and effective in the LTG.

Keywords: Esophagojejunostomy in laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh thường gặp ở nhiều nước trên thế giới và Việt nam [1], có nhiều phương pháp điều trị UTDD nhưng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất hiện nay. Azagra là người đầu tiên trên thế giới tiến hành phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) vào năm 1993 [2]. Tới nay phương pháp này đã được áp dụng rộng rải trong điều trị UTDD và đã mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh [3],[4],[5].

Thực hiện kỹ thuật khâu nối lưu thông thực quản hổng tràng trong PTNS cắt TBDD là một kỹ thuật khó, tai biến trong mổ và biến chứng rò miệng nối sau mổ cao. Có nhiều kỹ thuật làm miệng nối thực quản hổng tràng đã được ứng dụng như Ovall, Overlap, Funtional … bằng circular or linear stapler. Tuy nhiên, kỹ thuật thực hiện khó, nhiều thao tác, mất nhiều thời gian phẫu thuật và nhiều Stapler nên đã làm tăng chi phí điều trị. Để góp phần làm giảm tai biến, biến chứng sau mổ cũng như thời gian mổ, chi phí trong PTNS cắt TBDD, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả kỹ thuật nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước trong PTNS cắt TBDD".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 70 bệnh nhân được chỉ định PTNS cắt TBDD do ung thư tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ an.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, tất cả bệnh nhân được nối lưu thông thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước trong PTNS cắt TBDD từ 07/2017 đến 10/2020.

***Lựa chọn bệnh nhân**: Những BN có khối u ở 1/2 phần trên dạ dày, chưa xâm lấn thực quản hoặc bờ tổn thương cách tâm vị < 6cm, từ T1a đến T4a và ở giai đoạn ≤ IIIC. Bệnh nhân có tình trạng sức khỏe từ ASA1 đến ASA3. Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật, phẫu thật nội soi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Chỉ tiêu nghiên cứu**:

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, ASA, vị trí và kích thước tổn thương, giải phẫu bệnh, giai đoạn bệnh, phương pháp cắt dạ dày, làm miệng nối.
- Kết quả phẫu thuật: Tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, mức độ vét hạch và mức độ di căn hạch, tai biến trong mổ.
- Kết quả sớm: Thời gian trung tiện, thời gian rút thông dạ dày, thời gian cho ăn sau mổ, biến chứng sau mổ, mức độ đau sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.
- Kết quả xa: Theo dỏi thời gian sống thêm tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An.

* **Quy trình phẫu thuật**: thực hiện các bước theo quy trình phẫu thuật như sau:

Bệnh nhân nằm ngữa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái và đặt 5 trocar

Bước 1: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày

Bước 2: Cắt mạc nối lớn, cắt mạc nối vị tỳ vét các hạch nhóm 4d, 4sb, 4sa, 11d, 10 và 2 và bộc lộ bên trái tâm vị thực quản.

Bước 3: Nạo vét hạch nhóm 6, 14v, phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải sát gốc

Bước 4: Nạo vét hạch nhóm 3, 5, 8a, 12a, thắt động mạch vị phải sát động mạch gan

Bước 5: Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt động mạc và tĩnh mạch vị trái sát gốc.

Bước 6: Cắt mạc nối nhỏ, vét hạch nhóm 1, bộc lộ và di động tâm vị thực quản.

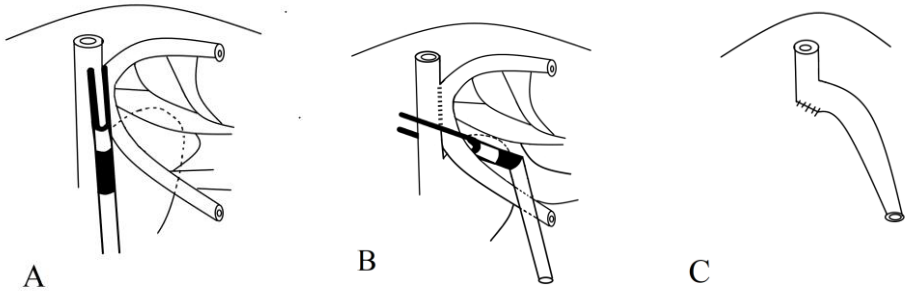
Bước 7: Nối thực quản hổng tràng tận tận bằng Linear staplers không cắt thực quản và hổng tràng trước (hình 1), nối lưu chân chữ Y tận-bên.

Bước 8: Cắt, đóng mỏm tá tràng bằng Linear stapler dưới môn vị 1-1,5cm.

Bước 9: Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách.

Bước 10: Lấy bệnh phẩm qua lổ trocart 12 và đóng lại các lỗ trocar.

Hình ảnh nối thực quản hổng tràng tận tận bằng Linear staplers không cắt thực quản và hổng tràng trước:



Hình: (A) nối thực quản hổng tràng,
(B) vừa cắt thực quản hổng tràng vừa đóng kín miệng nối, (C) miệng nối.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Gồm 70 bệnh nhân được nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước trong PTNS cắt TBDD có kết quả như sau:

Bảng: Kết quả nghiên cứu

Tuổi trung bình (năm)	62,5 ± 10,8 (29 - 88)	
Tỷ lệ nam/nữ	4,4/1	
Kích thước tổn thương trung bình (cm)	4,1 ± 1,6 (1 - 9)	
ASA	ASA1	23 (32,9%)
	ASA2	43 (61,4%)
	ASA3	4 (5,7%)
Vị trí ung thư dạ dày	1/3 trên	8 (11,4%)
	1/3 giữa	57 (81,4%)
	Thể loét thâm nhiễm	5 (7,1%)
Giải phẫu bệnh	UTBM tuyến ống, nhú	56 (80,0%)
	UTBM tuyến nhầy	2 (2,9%)
	UTBM tế bào nhẫn	12 (17,1%)

Mức độ biệt hóa	Biệt hóa cao	4 (5,7%)
	Biệt hóa vừa	26 (37,1%)
	Kém, khôngbiệt hóa	40 (57,1%)
Tai biến trong mổ	Tổn thương lách	1 (1,4%)
	Tổn thương gan	1 (1,4%)
	Rách thanh cơ ruột non	1 (1,4%)
	Tổn thương khác	0 (0,0%)
Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	1 (1,4%)
	Áp xe tồn dư	1 (1,4%)
	Rò tiêu hóa	0 (0,0%)
	Biến chứng khác	0 (0,0%)
Giai đoạn bệnh TNM (JGCA 2011)	IA	3 (4,3%)
	IB	11 (15,7%)
	IIA	22 (31,4%)
	IIB	15 (21,4%)
	IIIA	6 (8,6%)
	IIIB	10 (14,3%)
	IIIC	3 (4,3%)
	IV	0 (0,0%)
Số hạch nạo vét được trung bình	23,0 ± 8,2 (12 - 45)	
Số hạch di căn trung bình	2,7 ± 3,8 (0 - 13)	
Phẫu thuật (phút)	203,8 ± 27,4 (160 - 300)	
Rút thông dạ sày sau mổ (giờ)	32,6 ± 30,6 (0 – 148)	
Trung tiện sau mổ (giờ)	49,0 ± 14,9 (24 – 96)	
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	3,5 ± 1,3 (2- 7)	
Thời gian cho ăn sau mổ (ngày)	4,4 ± 1,5 (2 – 6)	
Mức độ đau sau mổ (VAS)	Đau ít	48 (68,6%)
	Đau vừa	21 (30,0%)
	Đau nhiều	1 (1,4%)
	Rất đau	0 (0,0%)
Nằm viện sau mổ (ngày)	8,0 ± 2,2 (6 – 15)	
Thời gian sống thêm sau mổ (tháng)	35,3 ± 0,9 (33,5 – 37,2)	

4,2% có tai biến nhẹ trong mổ và đều được xử lý trong mổ nội soi, 2,8% có biến chứng sau mổ, tất cả đều điều trị nội khoa ổn định. Không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư, khoảng cách từ

bờ tổn thương phía trên đến diện cắt trên trung bình 5,2 ± 0,9 (2,5-7) cm. Thời gian sống thêm sau mổ 1 năm là 97,9%, 2 năm 93,1%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 62,5 ± 10,8, tuổi thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất là 50 đến 70 tuổi chiếm 72,9%. Tỷ lệ nam/nữ 4,4/1. Tuổi mắc ung thư dạ dày ở Nhật Bản là 62,7 - 64,8 tuổi [6]. Chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho những trường hợp UTDD vùng tâm vị, thân vị, UTDD thể loét thâm nhiễm và những trường hợp mà tổn thương bờ ung thư cách tâm vị dưới 6cm để đãm bảo hết tổ chức ung thư. Khoảng cách này trong nghiên cứu của Cristiano [3] là 6,9 ± 0,8 cm (ngắn nhất là 6 cm, dài nhất là 8 cm). Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội UTDD của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5 cm. Kết quả nghiên cứu có 11,4% vị trí tổn thương ung thư ở 1/3 trên dạ dày, 81,4% ở 1/3 giữa và 7,1% thể loét thâm nhiễm. Khoảng cách từ bờ tổn thương phía trên đến diện cắt trên trung bình 5,2 ± 0,9 (2,5 - 7) cm, 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư.

Kỹ thuật nối lưu thông tiêu hóa: chúng tôi tiến hành làm miệng nối thực quản hổng tràng theo phương pháp Functional end to end bằng Linear staplers [4],[5],[8], [9] không cắt thực quản và hổng tràng trước. Chúng tôi nhận thấy khâu nối qua PTNS hoàn toàn có nhiều ưu điểm hơn so với khâu nối trong PTNS hỗ trợ hoặc mổ mở như phẫu trường rộng, thao tác của phẫu thuật viên dễ dàng, vết mổ nhỏ, bệnh nhân ít đau hơn, tính thẩm mỹ cao hơn và nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào có biến chứng rò tiêu hóa và hẹp miệng nối sau mổ sau mổ. Mặt khác không cắt thực quản và hổng tràng trước khi nối mà cắt đồng thời trong thì đóng kín miệng nối vừa giảm thao tác và dễ thực hiện, vừa rút ngắn được thời gian mổ và làm giảm được số lượng staplers nên giảm chi phí phẫu thuật.

Chúng tôi áp dụng phương thức nạo vét hạch D2 theo Hiệp hội UTDD Nhật Bản (JGCA) lần thứ 3 năm 2011 [6]. Số hạch vét được trung bình 23,0 ± 8,2 hạch, số hạch di căn trung bình 2,7 ± 3,8 hạch. Số hạch nạo vét được ở các tác giả phương Tây và Mỹ là từ 18 – 30,3 hạch [7]. Kết quả ung thư ở các giai đoạn lần lượt là IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 4,3%, 15,7%, 31,4%, 21,4%, 8,6%, 14,3% và 4,3%.

Tai biến trong mổ: Nghiên cứu của chúng tôi có 01 (1,4%) trường hợp tổn thương gan trong lúc vén gan gây chảy máu nhu mô gan trái, 01 (1,4%) tổn thương rách bao lách khi giải phóng mạc nối gây cháy máu và 01 (1,4%) rách thanh cơ ruột non khi khâu nối tiêu hóa, tất cả được xử lý trong mổ nội soi, không có bệnh nhân nào tử vong trong mổ. Tỉ lệ tai biến của các tác giả trên thế giới 0,9-7,4% [5],[7] [8],[9].

Biến chứng sau mổ, có 01(1,4%) trường hợp áp xe tồn dư dưới gan trái, 01 (1,4%) trường hợp viêm phổi, điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. Không có tử vong sau mổ. Tỷ lệ biến chứng các tác giả phương Tây và Mỹ 21 – 26% [7].

Nghiên cứu về mức độ đau sau mổ, thấy 68,6% đau ít, 30,0 đau vừa, chúng tôi ghi nhận hầu như các bệnh nhân sau PTNS đều cảm giác dễ chịu và nguyện vọng dùng thuốc giảm đau ít hơn và sự phục hồi vận động nhanh hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình 203,8 ± 27,4 phút, kết quả này cũng phù hợp với

nghiên cứu của các tác giả khác [8],[9]. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 49,0 ± 14,9 giờ, Noshiro (67,2 giờ) [7]. Thời gian nằm viện trung bình 8,0 ± 2,2 ngày, tương tự như các tác giả khác [4],[5]. Thời gian rút ống thông dạ dày trung bình 32,6 giờ, lưu thông dạ dày dài ngày là một vấn đề làm ảnh hưởng đến sự hồi phục sức khỏe và làm cho người bệnh rất là khó chịu sau mổ, qua nghiên cứu chúng tôi thấy không cần thiết phải lưu thông mũi dạ dày sau mổ, kết quả nghiên cứu có 21 (30,0%) trường hợp không lưu thông mũi dạ dày và 22 (31,4%) lưu thông mũi dạ dày ≤ 24 giờ sau mổ nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước, tất cả đều không có biến chứng miệng về miệng nối. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình 3,5 ngày. Thời gian sống thêm sau mổ 01 năm là 97,9% và 02 năm 93,1%.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật nối thực quản hổng tràng tận tận không cắt thực quản và hổng tràng trước là an toàn và hiệu quả trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F Bray, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018).** "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries". CA CANCER J CLIN, 68: 394-424.
2. **Azagra JS, Groergen M, Gilbart E, Alonso. J, Centerik M (2001):** "Laparoscopy assisted total gastrectomy with extended D2 lymphadenectomy for cancer: Technical aspect". Le Jour Coelio- Chir, 40: 79- 83.
3. **Cristiano GS, Mingoli A, Sgarzini G et al (2005).** "Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial". Ann Surg, 241(2), pp. 232–237.
4. **Ebihara Y, Okushiba S, Kawarada Y, et al (2013**). "Outcome of functional end-to-end esophagojejunostomy in totally laparoscopic total gastrectomy", Langenbecks Arch Surg, 398: 475-479.
5. **So Huyn Kang (2019),** "Intracorporeal esophagojejunostomy uing a circular or a linear stapler in totally laparoscopic total gastrectomy, a propensity-matched analysis". Journal of Gastric Cancer.2019 June, 19(2), 193-201.
6. **Japanese Gastric Cancer Association (2011).** "Japanese classification of gastric carcinoma – 3rd english edition". Gastric Cancer, 14, pp. 101–112.
7. **Noshiro H (2005),** "Laproscopicallly assisted distal gastrectomy whith standard radical lymph node dissection for gastric cancer", Surg Endosc,19: pp. 1992-1996.
8. **Dinh Van Chien et al (2020),** "Totally laparoscopic total gastrectomy with technique of functional endto-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of the esophagus and jejunum", International Surgery Journal 2020 Nov;7(11): 3614 – 3619 (DOI: https://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20204659).
9. **Van Huong Nguyen et al (2020),** "Results of laparoscopic total gastrectomy and D2 lymph node dissection with the left-site surgeon and final resection and closure of the duodenal stump in gastric cancer treatmen", Surg. Gastroenterol. Oncol. 2020; 25 (4):199 – 205 (DOI: 10.21614/sgo-25-4-199).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẮC CẦU KẾT HỢP TIÊU SỢI HUYẾT TĨNH MẠCH LIỀU TIÊU CHUẨN HOẶC KHÔNG TIÊU CHUẨN VỚI LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

Nguyễn Thanh Long[1], Dương Đình Chỉnh[2], Ngô Tiến Tuấn[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tính hiệu quả và an toàn của phương pháp điều trị bắc cầu khi tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều tiêu chuẩn hoặc không tiêu chuẩn với lấy huyết khối cơ học áp dụng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn trước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh phương pháp bắc cầu với TSH tĩnh mạch liều tiêu chuẩn và liều không tiêu chuẩn về tính hiệu quả qua tỉ lệ tái thông tốt và điểm Rankin hiệu chỉnh tại thời điểm 90 ngày sau đột quỵ, so sánh độ an toàn qua tỉ lệ xuất huyết nội sọ, tỉ lệ tử vong. **Kết quả:** Giữa hai nhóm liều tiêu chuẩn và liều không tiêu chuẩn không có khác biệt về tỉ lệ tái thông tốt (95% và 97,5%, p =1,00) và tỉ lệ hồi phục tốt sau 90 ngày (72,5% và 82,5%, p=0,284), tỉ lệ xuất huyết nội sọ có triệu chứng và không triệu chứng cao hơn ở nhóm liều tiêu chuẩn (12,5% và 27,5%) so với nhóm liều không tiêu chuẩn (0% và 22,5%) (p=0,048); tỉ lệ tử vong cao hơn ở nhóm liều tiêu chuẩn so với nhóm liều không tiêu chuẩn 45 ngày sau đột quỵ (15% so với 0%, p=0,026). **Kết luận:** Phương pháp điều trị bắc cầu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có tỉ lệ tái thông và tỉ lệ hồi phục tốt cao và tương đương giữa hai nhóm liều tiêu chuẩn và không tiêu chuẩn, tỉ lệ tử vong và biến chứng xuất huyết tương đối thấp nhưng có xu hướng cao hơn ở nhóm liều tiêu chuẩn.

Từ khóa: nhồi máu não cấp, điều trị bắc cầu, lấy huyết khối cơ học.

SUMMARY

RESULTS OF BRIDGING THERAPY WITH STANDARD-DOSE VERSUS NON-STANDARD-DOSE INTRAVENOUS THROMBOLYSIS AND MECHANICAL THROMBECTOMY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Objectives: To compare effectiveness and safety of mechanical thrombectomy applied in patients with acute ischemic stroke due to large vessel occlusions. **Subjects and methods:** A prospective control trial in 80 eligible patients with anterior circulation acute ischemic stroke due to large vessel occlusions who received standard-dose (control group) or non-standard-dose (intervention group) intravenous thrombolysis and then treated with mechanical thrombectomy; Compare effectiveness by reperfusion rate and 90-day-post-onset modified Rankin scale, compare safety of the methods through the incidence of intracranial hemorrhage complications and mortality. **Results:** There was no difference between the standard-dose group and the non-standard-dose group in good reperfusion rate (TICI 2b-3: 95% vs. 97.5%, p = 1.00) and good recovery rate at day 90 (modified Rankin scale: 72.5% vs. 82.5%, p = 0.284), the

[1]*BV Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[2]*Sở Y tế Nghệ An*
[3]*BVTWQĐ 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Long
Email: longnt@live.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

difference was statistically significant when the rates of asymptomatic and symptomatic intracranial hemorrhage were higher in the standard-dose group (12.5% and 27.5%) compared with the non-standard-dose group (0% and 22.5%) (p = 0.048); the mortality was statistically higher in the standard-dose group compared to the non-standard-dose group at day 45 post-stroke (15% vs. 0%, p = 0.026). **Conclusion:** In patients receiving bridging therapy for acute ischemic stroke, there were no diferrences in reperfusion rate and 90-day good outcome between standard and non-standard dose groups, symptomatic intracranial hemorrhage and mortality were relatively low but tended to be higher in the standard-dose group.

Keywords: acute ischemic stroke, bridging therapy, mechanical thrombectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới, trong đó nhồi máu não chiếm phần lớn các trường hợp. Nguyên nhân gây nhồi máu não phần lớn là mạch máu não bị tắc, hiện nay có các phương pháp tái thông mạch giúp tăng tỉ lệ hồi phục và giảm tỉ lệ tử vong của bệnh nhân. Tiêu sợi huyết (TSH) tĩnh mạch bằng alteplase (tPA) vốn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị tái thông mạch máu nhưng vẫn có nhược điểm là cửa sổ điều trị ngắn, tỉ lệ tái thông mạch lớn rất thấp. Can thiệp lấy huyết khối là tiêu chuẩn mới trong điều trị nhồi máu não cấp, khắc phục được phần nào những hạn chế nói trên.

Khi TSH tĩnh mạch kết hợp với lấy huyết khối cơ học được gọi là phương pháp bắc cầu, và theo khuyến cáo mới nhất hiện nay thì TSH tĩnh mạch vẫn nên được sử dụng trước ở những trường hợp nhồi máu não cấp ngay cả khi có chỉ định lấy huyết khối cơ học[6]. Tuy nhiên, việc sử dụng liều tPA theo liều chuẩn (0,9 mg/kg) hay liều thấp (0,6 mg/kg) hay các liều trung gian (> 0,6 và < 0,9 mg/kg) thì vẫn chưa có nghiên cứu nào đề cập. Giả thiết là khi dùng các liều không tiêu chuẩn thì có thể bảo tồn được ưu điểm của tPA và phần nào hạn chế được bất lợi của liều tiêu chuẩn, như biến chứng xuất huyết nội sọ (XHNS). Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích so sánh kết quả điều trị của hai phương pháp dùng liều tPA tiêu chuẩn và không tiêu chuẩn trong điều trị bắc cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp tính do tắc mạch lớn tuần hoàn trước được điều trị bắc cầu phối hợp TSH tĩnh mạch và can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 6/2016 đến tháng 11/2019.

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Các tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS) trước đột quỵ < 2. Nhồi máu não cấp tính được thiết lập chẩn đoán với các dấu hiệu thiếu sót về thần kinh rõ ràng và bằng chứng về hình ảnh học không có XHNS. NIHSS vào viện ≥ 6 và < 30.

Bệnh nhân có bằng chứng hình ảnh học tắc mạch máu lớn tuần hoàn trước (động mạch cảnh trong, động mạch não giữa (M1, M2). Điểm ASPECTS (Alberta stroke program early CT score) ≥ 6 đánh giá trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não.

Các tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân/người nhà từ chối tham gia nghiên cứu. Không có CLVT sọ não và/hoặc CHT sọ não, có bằng chứng XHNS trên lâm

sàng, CLVT và/hoặc CHT. Có các chống chỉ định liên quan tới TSH tĩnh mạch (tiểu cầu < 100 G/L, INR > 1,7 nếu dùng thuốc chống đông, đang bị chấn thương, có bệnh lý tan máu,…) và can thiệp lấy huyết khối (dị ứng thuốc cản quang, giải phẫu hoặc bệnh lý cản trở việc đưa dụng cụ tới mạch bị tắc,…).

3. Phương pháp

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng, so sánh phương pháp bắc cầu với TSH tĩnh mạch liều tiêu chuẩn (0,9mg/kg) và phương pháp bắc cầu với liều TSH tĩnh mạch không tiêu chuẩn (< 0,9mg/kg và ≥ 0,6mg/kg) ở 80 bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước. Dụng cụ lấy/hút huyết khối được sử dụng là Solitaire (AB/FR/2/Platinum) (Covidien-Medtronic), đánh giá kết quả tái thông theo thang điểm TICI (Thrombolysis in Cerebral Infarction), có thể kết hợp TSH đường động mạch và/hoặc dùng bóng nong tạo hình mạch nếu chưa đạt mức độ tái thông tốt.

So sánh hai nhóm tPA liều tiêu chuẩn và tPA liều không tiêu chuẩn về tính hiệu quả qua tỉ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) và đánh giá kết quả hồi phục chức năng bằng thang điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau đột quỵ (mRS 0-2 được coi là kết quả hồi phục tốt), so sánh độ an toàn qua tỉ lệ XHNS sau điều trị khi đang nằm viện, tỉ lệ tử vong ở các thời điểm 45 ngày và 90 ngày sau đột quỵ

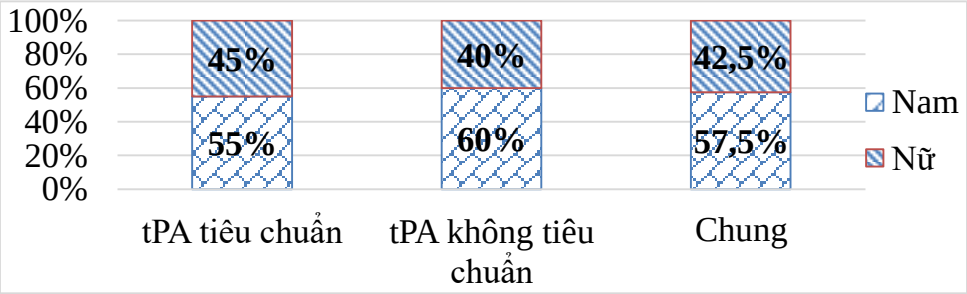
Số liệu nghiên cứu được thu thập, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS for Windows phiên bản phiên bản 25.0. Thống kê mô tả chung các biến số nghiên cứu. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh tỉ lệ thì khi ≤ 20% các ô có tần số mong đợi <5 thì dùng kiểm định $\chi 2$; khi > 20% các ô có tần số mong đợi <5 thì dùng kiểm định Fisher's Exact đối với bảng 2×2 và dùng kiểm định Phi and Cramer's V đối với bảng lớn hơn 2×2. Có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi trung bình

	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
Tuổi trung bình	58,0 ± 13,2	56,5 ± 12,9	59,5 ± 13,5	0,388

Tuổi trung bình của nhóm chung là 58,0 tuổi, giữa 2 nhóm không có khác biệt.



Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ nam nữ

Nam giới chiếm 57,5% các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam:nữ = 1,4:1. Tỉ lệ giới tính không khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ đột quỵ

Yếu tố nguy cơ	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
Tăng huyết áp	48 (60%)	18 (45%)	30 (75%)	**0,006**
Rối loạn lipid máu	64 (80%)	31 (77,5%)	33 (82,5%)	0,576
Đái tháo đường	10 (12,5%)	3 (7,5%)	7 (17,5%)	0,176
Hút thuốc lá	33 (41,25%)	15 (37,5%)	18 (45%)	0,496
Rung nhĩ	33 (41,25%)	21 (52,5%)	12 (30%)	**0,041**

Rối loạn lipid máu gặp nhiều nhất với (80%), tăng huyết áp (60%), hút thuốc lá và rung nhĩ đều gặp ở 41,25% bệnh nhân. Tăng huyết áp có tỉ lệ cao hơn ở nhóm tPA không tiêu chuẩn và rung nhĩ có tỉ lệ cao hơn ở nhóm tPA tiêu chuẩn.

Bảng 3. NIHSS vào viện và phân loại

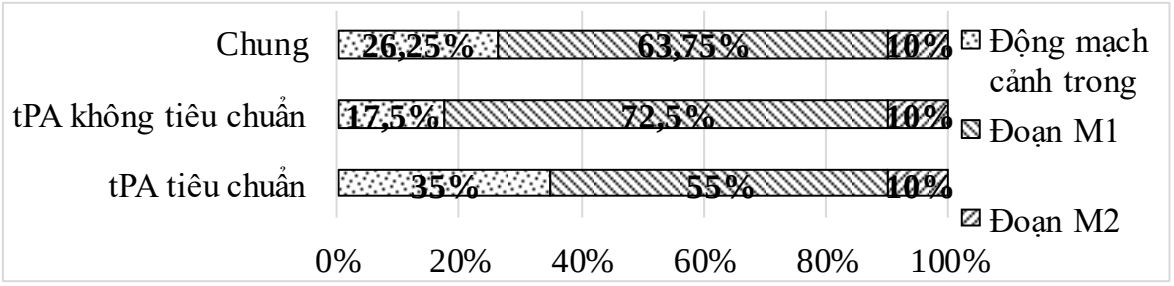
NIHSS vào viện	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
NIHSS trung bình	13,5 ± 5,1	14,0 ± 4,7	13,0 ± 5,5	0,388
NIHSS ≤ 8	19 (23,75%)	7 (17,5%)	12 (30%)	0,413
NIHSS 9-15	34 (42,5%)	18 (45%)	16 (40%)	
NIHSS ≥ 16	27 (33,75%)	15 (37,5%)	12 (30%)	

Khi vào viện thì điểm NIHSS trung bình là 13,5, không có khác biệt về điểm NIHSS khi vào viện giữa 2 nhóm so sánh.

Bảng 4. Điểm ASPECTS khi vào viện

ASPECTS	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
6	4 (5%)	2 (5%)	2 (5%)	0,730
7	7 (8,75%)	3 (7,5%)	4 (10%)	
8	18 (22,5%)	7 (17,5%)	11 (27,5%)	
9	26 (32,5%)	13 (32,5%)	13 (32,5%)	
10	25 (31,25%)	15 (37,5%)	10 (25%)	

ASPECTS 9 và 10 chiếm tỉ lệ cao nhất (tương ứng 32,5% và 31,25%), không có khác biệt về các điểm ASPECTS giữa hai nhóm so sánh.



Biểu đồ 2. Vị trí mạch tắc

Tắc đoạn M1 động mạch não giữa là hay gặp nhất với 63,75% các trường hợp. Không có khác biệt có ý nghĩa về vị trí tắc mạch giữa hai nhóm so sánh.

Bảng 5. Kết quả tái thông sau can thiệp

Kết quả tái thông	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
Tái thông tốt (TICI 2b-3)	77 (96,25%)	38 (95%)	39 (97,5%)	1,000

TICI 3 (tái thông hoàn toàn) chiếm tỉ lệ cao nhất (56,25%), tỉ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) chiếm tỉ lệ 96,25%, không có khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 6. Các khoảng thời gian liên quan đến điều trị tái thông mạch

Khoảng thời gian (phút)	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
Khởi phát-Bắt đầu can thiệp	248,9 ± 66,9	240,6 ± 69,2	257,3 ± 64,4	0,269
TSH tĩnh mạch-Bắt đầu can thiệp	89,5 ± 44,1	90,8 ± 52,5	88,3 ± 34,2	0,801
Bắt đầu can thiệp-Kết thúc can thiệp	63,2 ± 25,3	65,4 ± 24,7	61,0 ± 26,1	0,446

Khoảng thời gian khởi phát-bắt đầu can thiệp trung bình là 248,9 phút, không có khác biệt về các khoảng thời gian điều trị tái thông mạch giữa hai nhóm.

Bảng 7. Phân loại mức độ hồi phục và tử vong tại các thời điểm

	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
Tử vong ngày 45	6 (7,5%)	6 (15%)	0 (0%)	**0,026**
Tử vong ngày 90	8 (10%)	7 (17,5%)	1 (2,5%)	0,057
mRS 0-2 ngày 90	62 (77,5%)	29 (72,5%)	33 (82,5%)	0,284

Tỉ lệ tử vong chung ở thời điểm 45 ngày là 7,5% và 90 ngày là 10%, khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 45 ngày, có xu hướng có ý nghĩa ở thời điểm 90 ngày. Tỉ lệ hồi phục tốt là 77,5%, không có khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 8. Biến chứng xuất huyết nội sọ

Biến chứng XHNS	Nhóm chung (n=80)	tPA tiêu chuẩn (n=40)	tPA không tiêu chuẩn (n=40)	p
Không XHNS	55 (68,75%)	24 (60%)	31 (77,5%)	**0,048**
XHNS không triệu chứng	20 (25%)	11 (27,5%)	9 (22,5%)	
XHNS có triệu chứng	5 (6,25%)	5 (12,5%)	0 (0%)	

Tỉ lệ XHNS có triệu chứng là 6,5%, XHNS không triệu chứng là 25%, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh các nhóm liên quan tới XHNS.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình là 58,0 tuổi, thấp hơn các kết quả của nhóm điều trị bắc cầu của nghiên cứu SWIFT PRIME là 65,0[7], nhóm can thiệp chung trong nghiên cứu EXTEND-IA là 68,6 tuổi[4], REVASCAT là 65,7[5] và nghiên cứu ESCAPE là 71 tuổi[5], của Đào Việt Phương là 61,9[1] và của Võ Văn Tân là 66,1[2]. Tuổi trung bình của nghiên cứu thấp hơn có thể góp phần vào kết quả có thể tốt hơn so với các nghiên cứu khác do tuổi càng cao thì nguy cơ càng cao. Không có khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm. Nam giới chiếm 57,5%, cao hơn so với 49% của EXTEND-IA[4], tương đương với 55% của SWIFT PRIME[7], cũng như 2 nghiên cứu ESCAPE[5] và MR CLEAN[3], thấp hơn so với 63% theo Đào Việt Phương[1] và 65,51% theo Võ Văn Tân[2]. Tỉ lệ về giới tính là tương đương nhau giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ nhiều nhất là rối loạn lipid máu với 80%, cao hơn Võ Văn Tân là 17,5%[2], có thể do được tính là có rối loạn lipid máu ngay cả khi có tiền sử và đang dùng thuốc hạ lipid máu và các bất thường kể cả về HDL-C và Triglyceride. Tăng huyết áp chiếm tỉ lệ 60%, tương đương với REVASCAT là 60,2%[5], thấp hơn so với kết quả của ESCAPE (63.6%)[5] và SWIFT PRIME (67%)[7]. Tỉ lệ rung nhĩ là 41,25%, khá tương đồng với kết quả của SWIFT PRIME là 39%[7], ESCAPE là 37%[5], cao hơn so với kết quả của REVASCAT[5], EXTEND-IA[4] là cùng 34%. Hai nhóm tPA tiêu chuẩn và tPA không tiêu chuẩn không có khác biệt về tỉ lệ của các yếu tố nguy cơ đột quỵ, trừ tăng huyết áp có tỉ lệ cao hơn ở nhóm tPA không tiêu chuẩn (p=0,006) và rung nhĩ có tỉ lệ cao hơn ở nhóm tPA tiêu chuẩn (p=0,041).

NIHSS trung bình khi vào viện là 13,5 điểm, thấp hơn so với nhóm can thiệp của nghiên cứu MR CLEAN, EXTEND-IA và nhóm điều trị bắc cầu của nghiên cứu SWIFT PRIME là 17[3, 4, 7]. Điểm NIHSS vào viện không quá cao phần nào giúp kết quả điều trị tốt cao hơn các nghiên cứu khác, điểm NIHSS càng cao thì vùng não bị thiếu máu nuôi sẽ càng rộng, làm tăng nguy cơ tổn thương não không hồi phục. Không có khác biệt về các đặc điểm của điểm NIHSS vào viện giữa 2 nhóm.

Điểm ASPECTS 6-7 khi vào viện là 13,75%, thấp hơn so với 38,37% theo Đào Việt Phương[1], trong khi phần lớn các bệnh nhân có ASPECTS cao chiếm tỉ lệ lớn (ASPECTS 9 và 10 lần lượt có tỉ lệ là 32,5% và 31,25%), đặc điểm này cũng có thể góp phần làm cho kết quả tốt của nghiên cứu này có thể cao hơn các nghiên cứu khác. Không có khác biệt về điểm ASPECTS giữa hai nhóm so sánh. Tỉ lệ tắc động mạch cảnh trong của nghiên cứu này là 26,25%, cao hơn không đáng kể so với 20,6% theo kết quả của Võ Văn Tân[2]. Các vị trí tắc mạch cũng không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm.

Tỉ lệ tái thông thành công (TICI 2b-3) là 96,25%, cao hơn so với các kết quả của nghiên cứu REVASCAT (65,7%), nghiên cứu ESCAPE (72,4%)[5], cao hơn không tương đối so với kết quả của EXTEND-IA (86,2%)[4], SWIFT PRIME (88%)[7] và của Đào Việt Phương (91%)[1]. Không có khác biệt về kết quả tái thông giữa hai nhóm.

Khoảng thời gian từ khi khởi phát tới bắt đầu can thiệp trung bình là 248,9 phút, ít hơn nghiên cứu REVASCAT là 269 phút[5], MR CLEAN là 260 phút[3], của Võ Văn Tân là 295,5 phút[2] nhưng vẫn nhiều hơn các nghiên cứu EXTEND-IA và SWIFT PRIME lần lượt là 210[4] và 224 phút[7] và dài hơn nhiều so với nghiên cứu ESCAPE là 185 phút[5]. Hiện tại, thái độ xử trí là không chờ đánh giá hiệu quả của TSH tĩnh mạch đối với các trường hợp tắc mạch lớn mà tiến hành can thiệp ngay sau khi TSH tĩnh mạch sớm

nhất có thể, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có thể can thiệp sớm sau khi THS tĩnh mạch do các các trung tâm can thiệp chưa nhiều, phải chia sẻ nguồn lực với các lĩnh vực khác,... Các khoảng thời gian không khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu.

Kết quả hồi phục tốt (mRS 0-2) sau 90 ngày của nghiên cứu này là khá cao ở nhóm chung (77,5%), cao hơn so với các nghiên cứu có tỉ lệ cao nhất như 71% của nghiên cứu EXTEND-IA[4], 69,8% theo Đào Việt Phương[1]. Điều này có thể lý giải bởi tuổi trung bình của nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, điểm NIHSS vào viện thấp hơn, điểm ASPECTS cao chiếm tỉ lệ lớn hơn và tỉ lệ tái thông thành công cũng cao hơn so với các nghiên cứu khác. Kết quả hồi phục không khác biệt giữa hai nhóm so sánh.

Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm 45 ngày là 7,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi tỉ lệ tử vong của nhóm tPA liều tiêu chuẩn là 15% và của nhóm tPA liều không tiêu chuẩn là 0% (p=0,026). Tỉ lệ tử vong ở thời điểm 90 ngày là 10% , thấp hơn so với với nghiên cứu REVASCAT là 18.4%[5], thấp hơn nghiên cứu MR CLEAN là 21%[3], tương đương với kết quả 12% của nghiên cứu SWIFT PRIME[7] và Võ Văn Tân[2], 9% của nghiên cứu EXTEND-IA[4], 10% của nghiên cứu ESCAPE[5], cao hơn kết quả của Đào Việt Phương là 3,49%[1]. Tỉ lệ tử vong ở ngày 90 của hai nhóm khác biệt có xu hướng có ý nghĩa thống kê (p=0,057).

Tỉ lệ XHNS chung là 31,25% cao hơn không đáng kể so với 29% theo Đào Việt Phương[1]. Tỉ lệ XHNS có triệu chứng là 6,25%, thấp hơn so với 7,7% ở nhóm can thiệp của MR CLEAN[3], cao hơn so với 3,6% của nhóm can thiệp của ESCAPE[5] và 5,8% theo Đào Việt Phương[1]. Các tỉ lệ liên quan tới tình trạng XHNS khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh 2 nhóm tPA tiêu chuẩn và tPA không tiêu chuẩn (p=0,048) khi các tỉ lệ xuất huyết cao hơn ở nhóm tPA tiêu chuẩn.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị bắc cầu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có tỉ lệ tái thông và tỉ lệ hồi phục tốt cao và tương đương giữa hai nhóm liều tiêu chuẩn và không tiêu chuẩn, tỉ lệ tử vong và biến chứng xuất huyết tương đối thấp nhưng có xu hướng cao hơn ở nhóm liều tiêu chuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Việt Phương**, Nghiên cứu điều trị tắc động mạch lớn hệ tuần hoàn trước trong 6 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch kết hợp với lấy huyết khối cơ học, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2019.
2. **Võ Văn Tân và cộng sự,** "Kết quả điều trị tiêu huyết khối tĩnh mạch kết hợp lấy huyết khối bằng dụng cụ trong điều trị nhồi máu não tối cấp", Y học TP. Hồ Chí Minh. 6(Phụ bản Tập 22), 2018, tr. 75-80.
3. **Berkhemer, O. A., et al**., "A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke", N Engl J Med. 372(1), 2015, pp. 11-20.
4. **Campbell, B.C.V., et al.,** "Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection", New England Journal of Medicine. 372(11), 2015, pp. 1009-1018.
5. **Jovin, T.G., et al.**, "Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic Stroke", New England Journal of Medicine. 372(24), 2015, pp. 2296-2306.
6. **Powers, W.J., et al.**, "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 50(12), 2019, pp. e344-e418.
7. **Saver, J.L., et al.,** "Stent-Retriever Thrombectomy after Intravenous t-PA vs. t-PA Alone in Stroke", New England Journal of Medicine. 372(24), 2015, pp. 2285-2295.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT HẠCH GIAO CẢM NGỰC NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN

Nguyễn Văn Phú*, Nguyễn Thị Cẩm Nhung*, Phạm Văn Thạch*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân đốt hạch giao cảm ngực nội soi để điều trị ra mồ hôi tay. Đánh giá sơm kết quả điều trị của phương pháp này tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tăng tiết mồ hôi tay bằng phương pháp đốt hạch giao cảm ngực nội soi tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An với thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 7 năm 2020. Các bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và các đặc điểm liên quan đến hiệu quả điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 1,58; độ tuổi trung bình 20,77; phần lớn là học sinh sinh viên với tỷ lệ 64,52%. Ra mồ hôi tay thường phối hợp cả ra mồ hôi chân hoặc nách, hoặc cả tay chân và nách đều tăng tiết. Mức độ ra mồ hôi tay độ ẩm có 83,87% ở độ III (đẫm nước) và độ IV (nhỏ giọt) và mức độ ra mồ hôi tay theo chất lượng cuộc sống thì 72,42% là độ II (khó chịu). Về hiệu quả điều trị: thời gian mổ trung bình là 15,42 phút; thời gian nằm viện trung bình là 1-2 ngày sau mổ; Kết quả ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng 100% bệnh nhân khô tay; Có 87,09% trường hợp sau mổ có bàn tay mềm mại bình thường, không có bệnh nhân nào có bàn tay quá khô; Tỷ lệ khỏi và giảm ra mồ hôi nách là 35,5%; khỏi và giảm mồ hôi ở chân là 67,74%; Tình trạng ra bù vùng lưng ở mức độ vừa phải là 58,05%, ra bù vùng ngực + bụng ở mức độ vừa phải là 19,35%. **Kết luận:** Điều trị tăng tiết mồ hôi tay bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực mang lại hiệu quả cao, có tính thẩm mỹ cao, thời gian phẫu thuật ngắn, thời gian nằm viện ngắn, các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị.

Từ khóa: Tăng tiết mồ hôi tay, Phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC THORACIC SYMPHATHECTOMY (ETS) TO TREAT HYPERHIDROSIS OF THE HANDS AT NGHE AN ENDOCRINE HOSPITAL

Objectives: To describe patient characteristics using Endoscopic Thoracic Sympathectomy (ETS) Procedure to treat hyperidrosis of the hands. Initial assessment of treatment results of this method at Nghe An Endocrine Hospital. **Subjects and Method**: A prospective intervention study on 31 patients diagnosed and treated for hyperidrosis by Endoscopic Thoracic Sympathectomy (ETS) Procedure at Nghe An Endocrine Hospital from January to July of 2020. Patients are assessed for general characteristics, clinical characteristics, and characteristics related to therapeutic efficacy. **Results**: Gender ratio: 1.58; average age: 20.77; the majority are students with the rate of 64.52%.

**Bệnh viện Nội tiết Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phú
Email: bsyeuque@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Hand sweating is often combined with sweating of the legs or armpits, or both limbs and armpits are increased secretion. The degree of hand perspiration, humidity of 83.87% at level III (soaking) and level IV (drip) and level of hand sweating according to quality of life, 72.42% is level II (discomfort). Treatment effectiveness: average surgery time is 15.42 minutes; the average hospital stay is 1-2 days after surgery; Results immediately after surgery and after 3 months of surgery, 100% of patients have dry hands; There are 87.09% of postoperative cases with normal soft hands, no patient has too dry hands; The rate of cure and reduction of armpit sweating was 35.5%; relief of leg sweating and reduction was 67.74%; The state of compensating the back at a moderate level is 58.05%, while the chest + belly area at a moderate level is 19.35%. **Conclusion:** The treatment of hyperidrosis by hands with chest sympathetic ganglion laparoscopic surgery brings high efficiency, high aesthetics, short surgery time, short hospital stay, all patients are satisfied with the results of treatment.

Keywords: Hyperidrosis, Endoscopic Thoracic Sympathectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng tiết mồ hôi tay, nách, mặt, bàn chân là tình trạng tăng tiết mồ hôi trên cơ thể do cường hệ thần kinh giao cảm. Chứng bệnh này khởi phát tử trẻ (7 đến 8 tuổi) hay vị thành viên và tồn tại suốt đời. Bệnh không gây ra các vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe nhưng ảnh hưởng rất nhiều đến tâm lý, hạn chế các hoạt động sự dụng bàn tay nhiều hoặc giao tiếp xã hội. Theo một số nghiên cứu bệnh chiếm tỷ lệ khoảng 1% dân số và bệnh không có tính chất di truyền nhưng có khoảng 25% đến 33% tỷ lệ bệnh có yếu tố gia đình [1 - 4]. Điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay có thể sử dụng phương pháp nội khoa, tiêm cồn, nước sôi qua đường ngực sau để diệt hạch giao cảm ngực hoặc điều trị ngoại khoa cắt/đốt hạch giao cảm ngực. Tuy nhiên phẫu thuật vẫn là phương pháp triệt để và hiệu quả nhất[2], [5].

Năm 1951, Kux là người đầu tiên trên thế giới đốt hạch giao cảm nội soi trong lồng ngực để điều trị bệnh này, đến năm 1987 thì phương pháp này ngày càng phổ biến [8].

Tuy nhiên tác dụng phụ làm ảnh hưởng nhiều nhất đến cuộc sống là ra bù và bàn tay quá khô [7 - 8]. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài "Hiệu quả điều trị tăng tiết mồ hôi tay bằng phương pháp đốt hạch giao cảm ngực nội soi tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An" với hai mục tiêu: *"1- Một số đặc điểm của bệnh nhân đốt hạch giao cảm ngực bằng phương pháp nội soi để điều trị chứng ra mồ hôi tay. 2- Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật này tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tăng tiết mồ hôi tay bằng phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020.

**** Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân***

- Bệnh nhân tuổi từ 14 trở lên
- Được theo dõi điều trị sau mổ
- Không mắc bệnh nội khoa nặng

****Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Ra mồ hôi tay nhiều thứ phát biểu hiện của bệnh nội khoa như bệnh cường giáp, bệnh Phéochromocytoma.
- Các bệnh nhân không đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi.
- Những bệnh nhân không có đầy đủ hồ

sơ để theo dõi

- Những bệnh nhân đã mổ mở vào lồng ngực.
- Những bệnh nhân có lao phổi hoặc đang mắc bệnh về phổi: Viêm phổi, u phổi...
- Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia vào nghiên cứu phương pháp phẫu thuật.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu có can thiệp

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập theo 1 mẫu thống nhất, xử lý theo phần mềm SPSS20.0

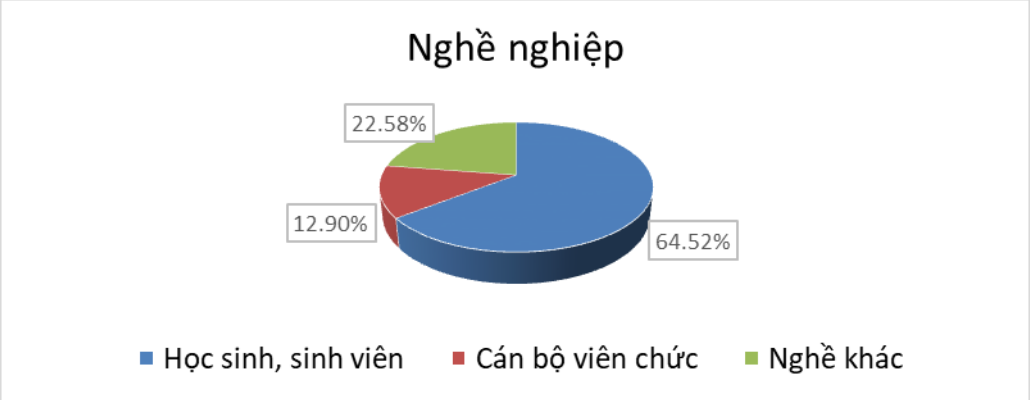
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Giới tính. Trong tổng số 31 bệnh nhân nghiên cứu nam giới có 19 trường hợp chiếm tỉ lệ 61,29%; nữ giới có 12 trường hợp chiếm 38,71%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,58

3.1.2.Tuổi. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 14, nhiều tuổi nhất là 36. Độ tuổi trung bình là 20,77 ± 5,21

3.1.3. Nghề Nghiệp



Biểu đồ 3.1. Sự phân bố về nghề nghiệp

Tỷ lệ bệnh nhân là học sinh, sinh viên là chủ yếu với 20/31 trường hợp, cán bộ, nhân viên là 04/31 trường hợp. Như vậy có đến 77,42% bệnh nhân là học sinh sinh viên và cán bộ viên chức.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Tiền sử điều trị

Bảng 3.1: Tiền sử điều trị

	Thuốc	Phẫu thuật	Chưa điều trị	Cộng
Số bệnh nhân	1	1	29	31
Tỷ lệ %	3,2%	3,2%	93,6%	100

Đa số bệnh nhân chưa được điều trị trước đó với 29/31 trường hợp chiếm tỷ lệ 93,6%, có 01/31 trường hợp chiếm 3,2% điều trị thuốc nam không đỡ và 01/31 trường hợp chiếm 3,2% trước đó có phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm bên phải lúc 08 tuổi nay bị tái phát.

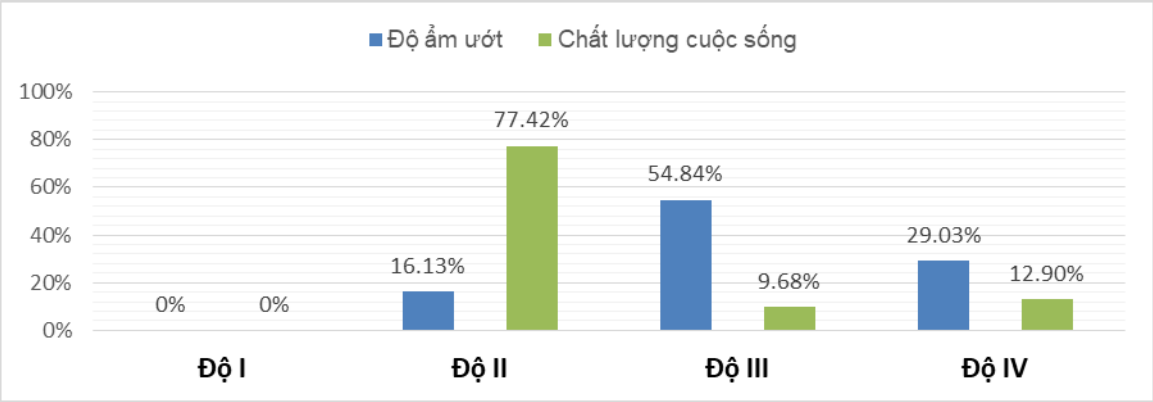
3.2.2. Vị trí ra mồ hôi

Bảng 3.2 Vị trí ra mồ hôi

	Bàn tay	Tay + nách	Tay + chân	Tay, chân, nách	Cộng
Số BN	2	4	18	7	31
Tỷ lệ %	6,45	12,90	58,06	22,59	100

Bệnh nhân có tỷ lệ ra mồ hôi tay và chân kết hợp là nhiều nhất, có 18/31 trường hợp chiếm 58,06%. Trong khi đó chỉ có 02/31 trường hợp chiếm 6,45% chỉ ra mồ hôi ở tay. Từ đó cho thấy ra mồ hôi tay thường kết hợp với ra mồ hôi chân hoặc kết hợp ra mồ hôi chân và nách

3.2.3. Mức độ ra mồ hôi tay



Biểu đồ 3.2- Mức độ ra mồ hôi theo phân độ krasna

Mức độ ẩm ướt chủ yếu tập trung ở độ III (đẫm nước), 17/31 bệnh nhân chiếm 54,84%, không có bệnh nhân nào ở độ I

Chất lượng cuộc sống chủ yếu ở độ II (khó chịu) với 24/31 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,42%, không có bệnh nhân nào ở độ I

3.2.4 - Nhịp tim trước và sau khi đốt hạch giao cảm

Bảng 3.3- Nhịp tim khi đốt bên phải (chu kỳ/phút)

Nhịp tim	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình	P
Trước đốt bên phải	56	135	87,55 ± 20,93	0,367
Sau đốt bên phải	57	138	88,00 ± 21,01	
Trước đốt bên trái	55	142	86,48 ± 20,94	0,205
Sau đốt bên trái	56	144	87,13 ± 21,52	

Nhịp tim trung bình trước đốt bên Phải là 87,55 ck/p, sau đốt bên Phải là 88,0 ck/p với P = 0,367. Nhịp tim trung bình trước đốt bên Trái là 86,48 ck/p, sau đốt bên trái là 87,13 ck/p với P = 0,205. Với P>0,05 điều đó có nghĩa là sự khác biệt về nhịp tim trước và sau đốt hạch không có ý nghĩa thống kê

3.2.5 - Nhiệt độ bàn tay trước và sau khi đốt hạch giao cảm

Bảng 3.4- Thay đổi nhiệt độ bàn tay (^0C)

Nhiệt độ	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình	P
Bàn tay phải trước đốt	29,7	35,7	32,79 ± 1,77	0,00
Bàn tay phải sau đốt	31,2	35,9	33,95 ± 1,95	
Bàn tay trái trước đốt	27,4	33,4	31,03 ± 1,83	0,00
Bàn tay trái sau đốt	28,3	33,9	31,66 ± 1,90	

Nhiệt độ bàn tay phải trung bình trước đốt là 32,79 độ C, sau đốt là 33,95 độ C

Nhiệt độ bàn tay trái trung bình trước đốt là 31,03 độ C, sau đốt là 31,66 độ C

Với P = 0,00 nhiệt độ bàn tay cả 2 bên tăng lên sau khi đốt hạch giao cảm, và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê P< 0,05

3.3- kết quả phẫu thuật

3.3.1- Thời gian mổ

Thời gian mổ trung bình là 15,42 ± 2,16 phút. Nhanh nhất là 12 phút và lâu nhất là 25 phút.

3.3.2- Biến chứng

Chỉ có 02/31 trường hợp bị tràn khí nhẹ dưới da chiếm 6,4%, còn lại không có trường hợp nào bị biến chứng nặng sau mổ (tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, Hội chứng Horner).

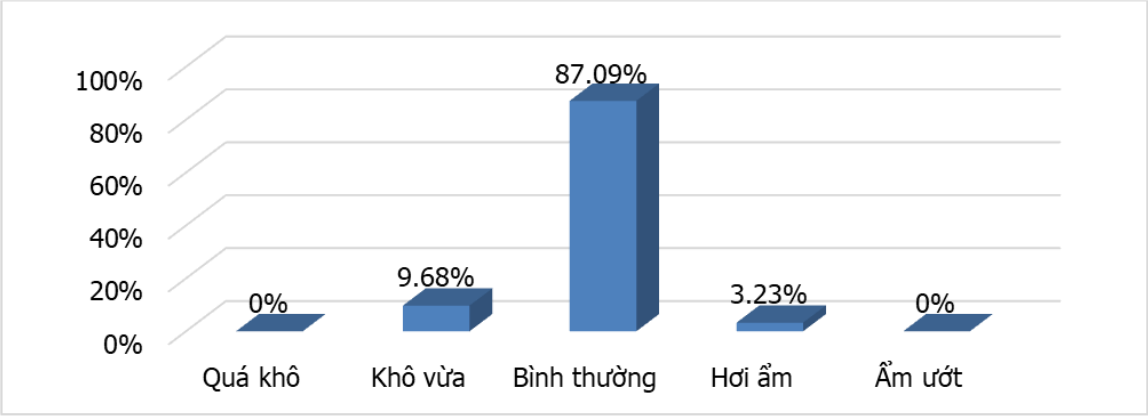
3.3.3- Số ngày nằm viện sau mổ

Số ngày nằm viện sau mổ ít nhất 01 ngày, nhiều nhất là 03 ngày, trung bình 2,06 ± 0,26. Ngày.

3.3.4- Kết quả khô tay ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân sau ngay sau mổ và sau 3 tháng đều đạt hiệu quả khô tay.

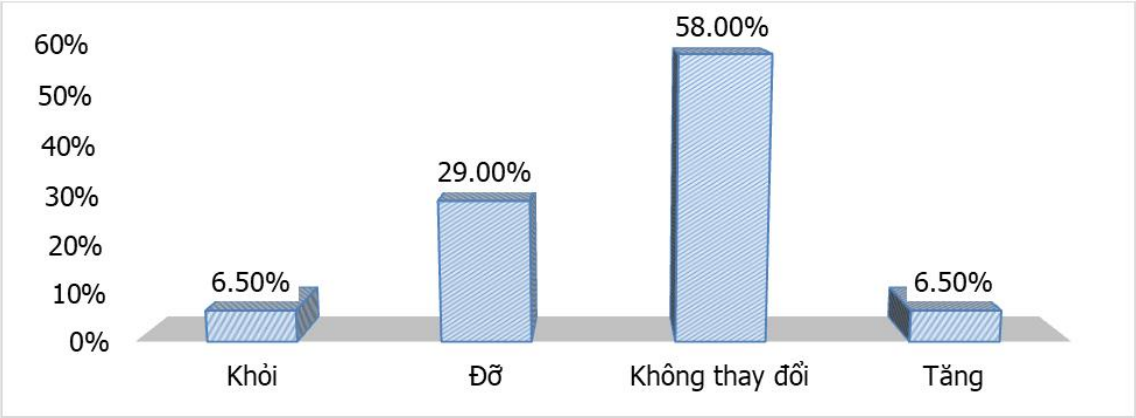
3.3.5- Tình trạng khô tay sau mổ 3 tháng



Biểu đồ 3.3- Tình trạng khô tay sau mổ

Phần lớn các bệnh nhân có tình trạng bàn tay khô bình thường và mềm mại với 27/31 trường hợp chiếm 87,09%. Có 03/31 trường hợp chiếm 9,68% có bàn tay khô vừa, có 01/31 trường hợp chiếm 3,23% có bàn tay hơi ẩm và không có trường hợp nào sau đốt quá khô hoặc ẩm ướt.

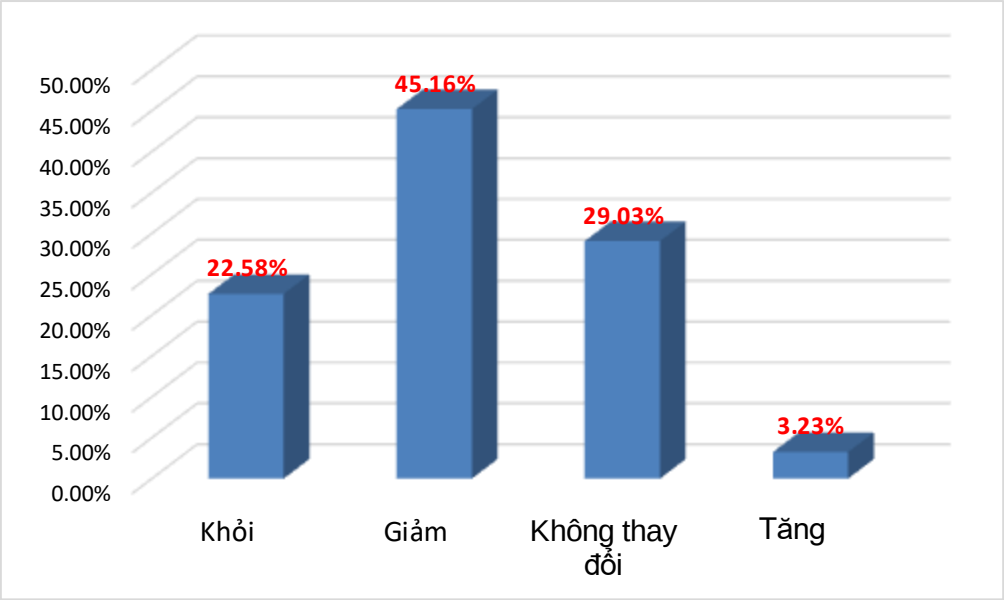
3.3.6- Tình trạng mồ hôi nách sau mổ 3 tháng



Biểu đồ 3.4- Tình trạng ra mồ hôi nách sau mổ

Sau điều trị có 02/31 trường hợp khỏi bệnh mồ hôi nách chiếm 6,5%. Có 09/31 trường hợp chiếm 29,0% bệnh nhân đỡ mồ hôi nách. Phần lớn bệnh nhân có tình trạng mồ hôi nách không thay đổi với 18/31 trường hợp chiếm 58,0%. Có 02 trường hợp chiếm 6,5% tình trạng mồ hôi nách tăng lên do tăng tiết bù ở vùng nách

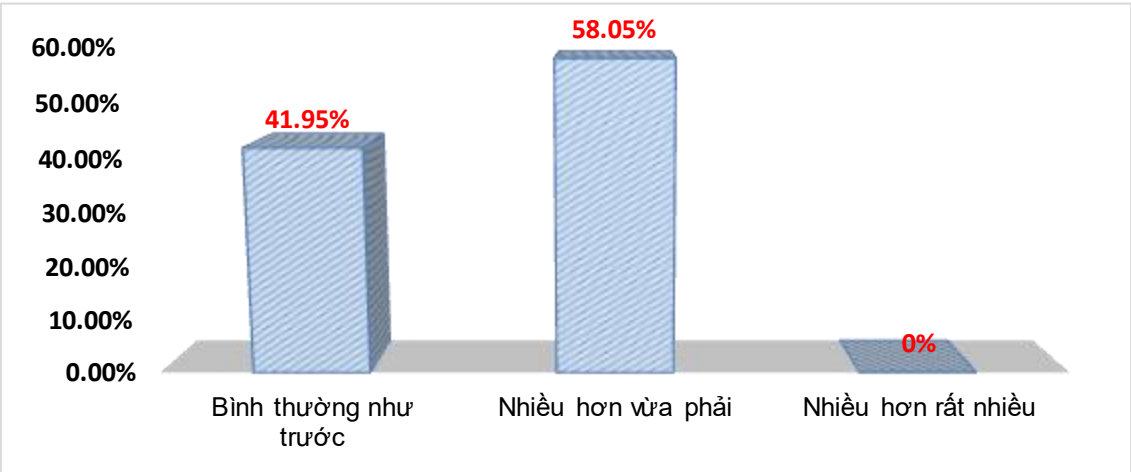
3.3.7- Tình trạng mồ hôi chân sau mổ 3 tháng



Biểu đồ 3.5- Tình trạng ra mồ hôi chân sau mổ

Hầu hết các bệnh nhân có tình trạng mồ hôi chân giảm hoặc khỏi sau khi đốt hạch giao cảm chiếm 67,74%. Trong đó có 07/31 trường hợp chiếm 22,58% khỏi bệnh, 14/31 trường hợp chiếm 45,16% tình trạng ra mồ hôi chân giảm. Có 09/31 trường hợp chiếm 29,03% không thay đổi và có 01/31 trường hợp chiếm 3,23% tăng lên do ra bù ở chân.

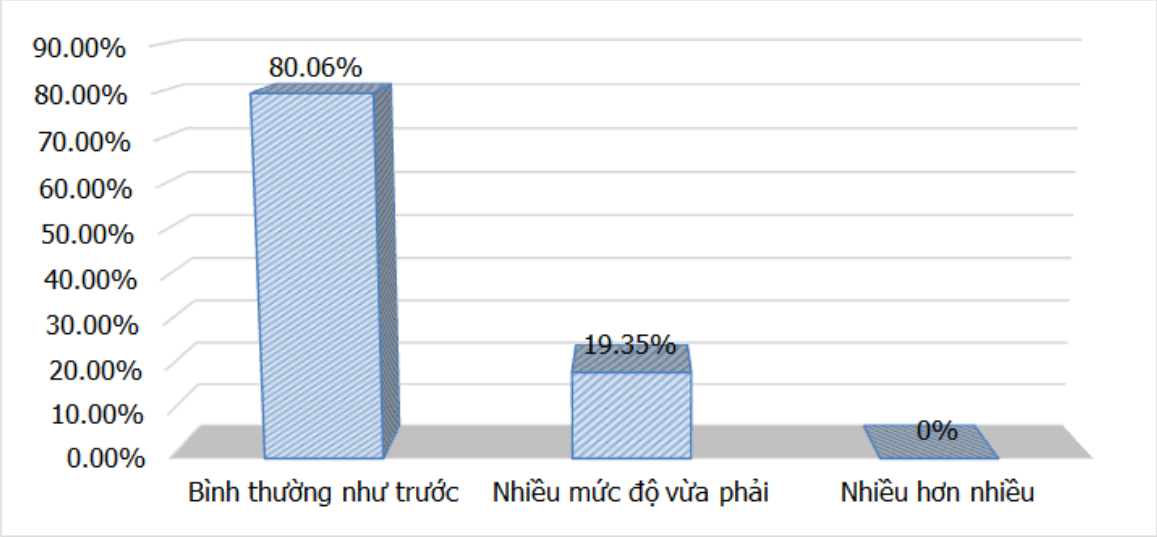
3.3.8- Tình trạng mồ hôi ra bù ở lưng sau mổ 3 tháng



Biểu đồ 3.6- Tình trạng ra mồ hôi ra bù ở lưng sau mổ

Có 13/31 trường hợp chiếm 41.85% tình trạng ở lưng bình thường. Có 18 trường hợp chiếm 58.05% có tăng tiết ở lưng mức độ vừa phải do ra mồ hôi bù và không có trường hợp nào ra bù quá nhiều ở vùng lưng.

3.3.9- Tình trạng mồ hôi ra bù ở ngực + bụng sau mổ 3 tháng



Biểu đồ 3.7- Tình trạng ra mồ hôi bù ở ngực + bụng sau mổ

Tình trạng ra mồ hôi bù ở ngực + bụng gặp ở 06/31 trường hợp và đều ở mức vừa phải, không có trường hợp nào ra bù quá nhiều vùng ngực, bụng. Có 25/31 trường hợp chiếm 80,06% không bị ra bù ở ngực bụng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: Bệnh tăng tiết mồ hôi tay có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu vẫn hay gặp ở độ tuổi còn trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có độ tuổi từ 14 đến 36 tuổi, đây là độ tuổi trẻ, khỏe, bắt đầu hội nhập cuộc sống xã hội, điều trị cho nhóm bệnh nhân này giúp họ phát huy hết khả năng học tập, lao động, sáng tạo; giúp họ tự tin trong cuộc sống và quan hệ xã hội. Độ tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 14 bởi ở độ tuổi này khoang liên sườn đã giãn rộng, hệ thần kinh đã ổn định nên bệnh nhân ít đau sau mổ và hạn chế tối đa các biến chứng trong và sau mổ.[5]

- Nghề Nghiệp: Qua biểu đồ 3.1 ta thấy có đến 77,42% các bệnh nhân là học sinh sinh viên và cán bộ viên chức có nhu cầu điều trị 2 bàn tay khô để không ảnh hưởng đến học tập, công việc và giao tiếp xã hội. Tỷ lệ này theo tác giả Hồ Nam là 79,3% [1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

- Tiền sử điều trị: hầu hết bệnh nhân chưa điều trị gì trước đó, chỉ có 01 trường hợp Bệnh nhân đã được điều trị thuốc nam trước đó và 01 trường hợp điều trị phẫu thuật trước đó, cả 2 trường hợp này đều thất bại. Tỷ lệ này cao hơn nhiều ở các tác giả khác

- Vị trí ra mồ hôi tay: Sự phân bố mồ hôi ở cả tay và chân chiếm tỷ lệ cao nhất với 18/31 trường hợp chiếm 58,06%, trong khi đó tỷ lệ này ở nghiên cứu của Trần Ngọc Lương là 33,33% (17/51 trường hợp) [3].

- Mức độ ra mồ hôi tay: Chủ yếu bệnh nhân ở mức độ III về độ ẩm ướt 54,84% và ở mức độ II về chất lượng cuộc sống với 77,42%.

4.3. Kết quả điều trị

- Nhịp tim, nhiệt độ bàn tay: Qua bảng 3.3 và 3.4 ta thấy được việc điều trị tăng tiết mồ hôi tay bằng nội soi đốt hạch giao cảm ngực không làm thay đổi nhịp tim với P>0,05; nhưng lại làm cho nhiệt độ bàn tay ấm lên sau khi điều trị P <0,05. Theo một số tác giả, nhiệt độ lòng bàn tay sau khi đốt sẽ tăng từ 0,5 - 3 độ C

- Thời gian phẫu thuật của chúng tôi trung bình là 15,24 phút, tương đương với các tác giả khác và trong quá trình phẫu thuật không có bệnh nhân nào mắc biến chứng nặng, chỉ có 2/31 trường hợp có tràn khí nhẹ dưới da chiếm 6,5%

- Tình trạng khô tay sau mổ: 100% các bệnh nhân sau mổ đều khô tay, trong đó có 87,09% có bàn tay mềm mại như bình thường, tỷ lệ này theo nghiên cứu của Trần Ngọc Lương là 90,2% [3].

- Tình trạng ra bù mồ hôi: Theo các Biểu đồ 3.4-3.7 ta thấy sau điều trị có 6,5% ra bù ở vùng nách (02 bệnh nhân), có 3,23% ra bù vùng chân (01 bệnh nhân), 58,06% ra bù ở vùng lưng và 19,36% ra bù ở ngực bụng. Các trường hợp này đều ra bù ở mức độ vừa phải.

Trong khi đó có 35,5% bệnh nhân sau điều trị có tình trạng mồ hôi nách khỏi hoặc giảm tỷ lệ này ở nghiên cứu của Trần Ngọc Lương là 41,1% [3]; có 67,7% bệnh nhân sau điều trị khỏi hoặc giảm ra mồ hôi ở chân, tỷ lệ này cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác.

Mặc dù có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân có ra mồ hôi bù sau khi điều trị nhưng ở mức độ vừa phải, và các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả trên.

V. KẾT LUẬN

Qua 31 bệnh nhân được phẫu thuật đốt hạch giao ngực bằng phương pháp nội soi tại bệnh viện Nội Tiết Nghệ An từ 01/01/2020 đến 31/07/2020 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1- Đặc điểm bệnh nhân

- Độ tuổi trung bình là 20,77
- Nghề nghiệp chủ yếu là học sinh, sinh viên chiếm 64,52%
- Hầu hết bệnh nhân chưa điều trị gì trước đó chiếm 93,6%
- Bệnh nhân thường phối hợp bị tăng tiết mồ hôi cả tay và chân. Có 80,65% bệnh nhân tăng tiết mồ hôi cả tay và chân, chỉ có 6,45% chỉ tăng tiết mồ hôi tiêng ở tay
- Mức độ ra mồ hôi độ ẩm ướt có 83,87% bệnh nhân ở độ III (đẫm nước) và IV (nước nhỏ giọt) và theo chất lượng cuộc sống thì 72,42% bệnh nhân ở độ II (khó chịu)

2- Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 15,42 phút.
- Không có biến chứng nặng trong và sau mổ. Có 02/31 trường hợp chiếm 6,45% có tràn khí nhẹ dưới da
- Thời gian nằm viện trung bình 1 - 2 ngày sau mổ.
- Kết quả ngay sau phẫu thuật và sau mổ 3 tháng đạt 100% khô tay.
- Sẹo mổ nhỏ, kín đáo.
- Bệnh nhân sau phẫu thuật bàn tay mềm mại bình thường cao 87,09%, không có bệnh nhân nào bàn tay quá khô.

- Tỷ lệ khỏi và giảm ra mồ hôi nách là 35,5%, khỏi và giảm ở chân là 67,74%.

- Tình trạng ra mồ hôi bù lưng mức độ vừa phải, ngực + bụng mức độ vừa phải lần lượt là 58,05% và 19,35%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Nam** (1999). Điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay bằng phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm ngực qua đường nội soi. Luận văn thạc sĩ y học ngoại khoa. Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Thường Xuân** (2002). "Bệnh học ngoại khoa-giáo trình sau đại học". Tập 1. Nhà xuất bản quân đội nhân dân. T 296-302.
3. **Trần Ngọc Lương**.(2012). Kết quả sớm của phẫu thuật đốt chọn lọc T3 điều trị chứng bệnh ra mồ hôi tay bằng dụng cụ siêu nhỏ.Tạp Chí Y Học Việt Nam tháng 2- số 2, trang 1-4.
4. **Krasna MJ, Demmy TL, McKenna RJ, et al.** Thoracoscopic Sympathectomy: the US. Experience. Eur J Surg 1998; Suppl 580:19-21.
5. **Nguyễn Ngọc Bích** (2010). Phẫu thuật nội soi lồng ngực với một số bệnh thường gặp - Đốt hạch giao cảm ngực để điều trị bệnh ra mồ hôi tay, mặt, nách. T. 34-57.
6. **Trần Ngọc Lương**.(2004). "Kết quả bước đầu qua 131 trường hợp đốt hạch giao cảm nội soi qua lồng ngực để chữa chứng ra mồ hôi tay“, Y học thực hành- công trình nghiên cứu khoa học hội nghị ngoại khoa toàn quốc”. T 360-366.
7. **Nguyễn Ngọc Bích, Ngô Văn Đãng, Nguyễn Quốc Anh** (2002). "Cắt nội soi chuỗi hạch giao cảm ngực để điều trị bệnh ra mồ hôi tay". Tóm tắt các báo cáo khoa học Hội nghị khoa học Trường Đại học Y Hà Nội . T 12-13.
8. **Cheah.W.K** (2000)."Needlescopic thoracic sympathectomy". 2nd Advanced needlescopic surgery workshop.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN TẤN CÔNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Ngô Đức Kỷ[1], Dương Đình Chỉnh[2], Nguyễn Văn Tuấn[3], Nguyễn Thị Thùy Linh[1] Trần Văn Dũng[1], Ngô Văn Hải[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng thân hư nguyên phát giai đoạn tấn công bằng corticosteroid. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp, đánh giá phân tích trước và sau điều trị. Tất cả 50 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thận hư tiên phát chưa điều trị corticosteroid dài ngày (≥ 3 tuần) trước đây. **Kết quả**: Tất cả có 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 91 tuổi. Độ tuổi trung bình 44,4 ± 19,25 tuổi. Nhóm tuổi từ 16 – 44 chiếm tỉ lệ cao nhất 58,0% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Nam chiếm tỷ lệ 68% và nữ 32%. Trước điều trị 100% bệnh nhân có phù, sau 2 tuần còn 40% và sau 4 tuần còn 6% bệnh nhân còn phù (p < 0,01). Không có sự khác biệt về các chỉ số hemoglobin, bạch cầu, ure máu, creatinin màu và glucose máu trước về sau điều trị (p > 0,05). Nồng độ protein niệu trung bình trước điều trị là 8,87 ± 2,81 g/24 giờ. Sau 2 tuần điều trị nồng độ trung bình protein niệu là 3,52 ± 1,68 g/24 giờ. Và sau 4 tuần giảm 6,77 g/24 giờ còn 2,1 ± 2,45 g/24 giờ. Kết quả có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Nồng độ trung bình albumin máu trước nghiên cứu là 16,9 ± 3,56 g/L, sau 2 tuần điều trị tăng lên 23,9 ± 3,7 g/L và sau 4 tuần điều trị là 31,7 ± 5,8 g/L. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Cholesterol trung bình là 12,67 ± 4,69 mmol/L. Sau 2 tuần điều trị trung bình còn 8,38 ± 3,16 mmol/L và sau 4 tuần còn 6,93 ± 3,59 mmol/L, giảm 5,73 mmol/L so với nồng độ trung bình Cholsterol trước điều trị có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Tương tự, triglycerid, LDL-cholesterol sau điều trị cũng giảm có ý nghĩa so với trước điều trị (p < 0,01). Ngược lại, HDL-cholesterol sau 4 tuần điều trị tăng lên 0,2mmolo/l (p < 0,01). **Kết luận:** Corticosteroid là lựa chọn đầu tiên để điều trị hội chứng thận hư tiên phát giai đoạn tấn công, corticosteroid làm chậm tiến triển của bệnh, mặt khác còn giúp kiểm soát các thành phần lipid máu ở bệnh nhân có hội chứng thận hư.

Từ khóa: Hội chứng thận hư, corticosteroid, protein niệu.

SUMMARY

EFFECTIVE TREATMENT OF PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME WITH CORTICOSTEROIDS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment effects of on-attack primary nephrotic syndrome with corticosteroids. **Subjects and Methods**: Interventional descriptive study, pre- and post-treatment analysis evaluation. All 50 patients diagnosed with primary nephrotic syndrome had not previously received long-term corticosteroid

[1]*Bệnh viện HNĐK Nghệ An*
[2]*Sở y tế Nghệ An*
[3]*Trường đại học y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Kỷ
Email: ngoduckyna@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

therapy (≥ 3 weeks). **Results:** All 50 patients qualified to participate in the study. The lowest age is 16 years old, the highest one is 91 years old. Average age 44.4 ± 19.25 years old. The age group from 16 to 44 accounts for the highest percentage of 58.0% of the total number of studied patients. Male accounts for 68% and women 32%. Before treatment, 100% of patients had edema, after 2 weeks it was 40% and after 4 weeks, 6% of patients still had edema (p <0.01). There was no difference in indicators of hemoglobin, white blood cells, blood urea, color creatinine and blood glucose before and after treatment (p> 0.05). The average concentration of proteinuria before treatment was 8.87 ± 2.81 g/24 hours. After 2 weeks of treatment, the average concentration of proteinuria was 3.52 ± 1.68 g/24 hours. And after 4 weeks, it decreased by 6.77 g/24 hours to 2.1 ± 2.45 g/24 hours. The results are statistically significant (p <0.001). Average concentration of albumin blood before the study was 16.9 ± 3.56 g/L, increased to 23.9 ± 3.7 g/L after 2 weeks of treatment and 31.7 ± 5 after 4 weeks of treatment 5.8 g/L. The difference is statistically significant with p <0.01. The average cholesterol was 12.67 ± 4.69 mmol/L. After 2 weeks of treatment, the average was 8.38 ± 3.16 mmol/L and after 4 weeks it was 6.93 ± 3.59 mmol/L, a decrease of 5.73 mmol/L compared to the average concentration of Cholsterol before treatment. value is statistically significant (p <0.01). Similarly, triglycerides, LDL-cholesterol after treatment also decreased significantly compared to before treatment (p <0.01). In contrast, HDL-cholesterol increased by 0.2 mmolo / l after 4 weeks of treatment (p <0.01). **Conclusion**: Corticosteroids are the first choice for the treatment of primary nephrotic syndrome in the onset of attack, corticosteroids help to delay disease progression, and on the other hand help control lipid components in patients with nephrotic syndrome.

Keywords: Nephrotic syndrome, corticosteroids, proteinuria.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý cầu thận mạn tính thường gặp ở người lớn. Bệnh đặc trưng bởi tổn thương màng lọc cầu thận dẫn đến thay đổi điện tích và tính thấm của màng lọc cầu thận đối với protein huyết tương; gây mất protein qua đường tiểu (≥3,5g/24h) và nhiều rối loạn khác. Theo thống kê bệnh viện Bạch Mai, HCTH người trưởng thành chiếm khoảng 31,5% số bệnh nhân bị bệnh thận – tiết niệu và khoảng 43,9% tổng số bệnh nhân bị bệnh cầu thận điều trị nội trú [1]. Trong đó HCTH nguyên phát chiếm khoảng 20% bệnh nhân bị HCTH.

Mặc dù corticosteroid có nhiều tác dụng phụ và không phải bệnh nhân nào cũng đáp ứng tốt với corticosteroid nhưng cho đến thời điểm hiện tại, corticosteroid vẫn là thuốc điều trị đầu tay trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam[2],[3],[4]. Do đó theo dõi phát hiện sớm các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng để đánh giá đáp ứng với điều trị và tiên lượng của bệnh nhân HCTH tiên phát từng giai đoạn mang ý nghĩa quan trọng giúp ta định hướng phác đồ điều trị tiếp theo cho bệnh nhân và giảm thiểu tác dụng phụ với liệu pháp corticoid. Đã có một số nghiên cứu về vấn đề này [5],[6],[7], tuy nhiên ở Nghệ An hiện chưa có nghiên cứu nào. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài mới mục đích: Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng thân hư nguyên phát giai đoạn tấn công bằng corticosteroid.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

+ Bệnh nhân ≥ 16 tuổi nhập viện lần đầu với chẩn đoán Hội chứng thận hư tiên phát đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế 2015: Protein máu < 60 g/L, Albumin máu < 30 g/L, protein niệu ≥ 3,5 g/1,73m^2 da/24 giờ, phù và rối loạn lipid máu; điều trị phác đồ Corticosteroid 1mg/kg/ngày kéo dài 4 tuần [2].

+ Bệnh nhân chưa điều trị Corticosteroid dài ngày (≥ 3 tuần) trước đây.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân bị hội chứng thận hư thứ phát.

+ Bệnh nhân đã điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở tuyến bệnh viện khác trước khi nhập viện.

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân rối loạn tâm thần và ý thức.

+ Bệnh nhân không tuân thủ quy trình nghiên cứu.

+ Bệnh nhân có chống chỉ định corticosteroid.

2.2. Thời gian

Từ tháng 10/2019 đến tháng 5/2020, tại khoa nội thận – bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có can thiệp, đánh giá phân tích trước và sau điều trị. Cỡ mẫu thuận tiện không xác suất.

2.4. Trình bày phương pháp thu thập số liệu và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Thiết kế bệnh án nghiên cứu thực hiện đầy đủ qua 3 phần: Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng được ghi chép đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn. Phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

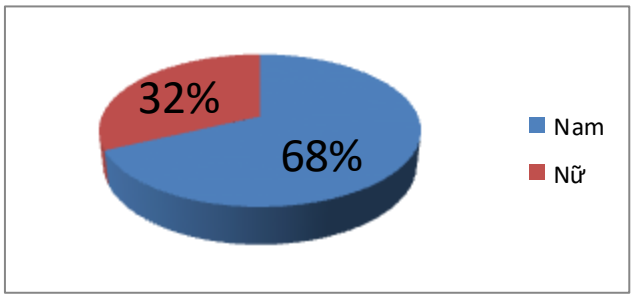
III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Đặc điểm về tuổi, giới của nhóm nghiên cứu

Bảng 1.Đặc điểm nhóm tuổi nghiên cứu

Nhóm tuổi	n = 50	%
16-44	29	58,0
45-60	12	24,0
>60	9	18,0
Tổng	**50**	**100**
$\bar{X}$ **± SD**	**44,4 ± 19,25**	

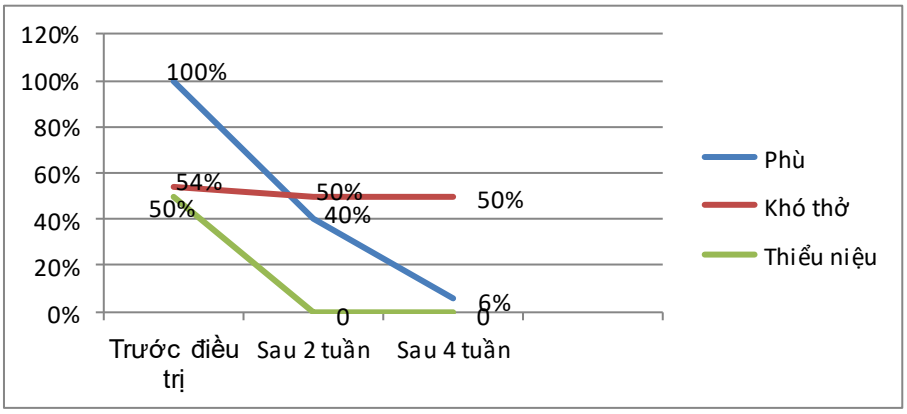
Nhận xét: Tất cả có 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 91 tuổi. Độ tuổi trung bình 44,4 ± 19,25 tuổi. Nhóm tuổi từ 16 – 44 chiếm tỉ lệ cao nhất 58,0% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới của nghiên cứu

Nam chiếm 68%, nữ 32%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,12/1

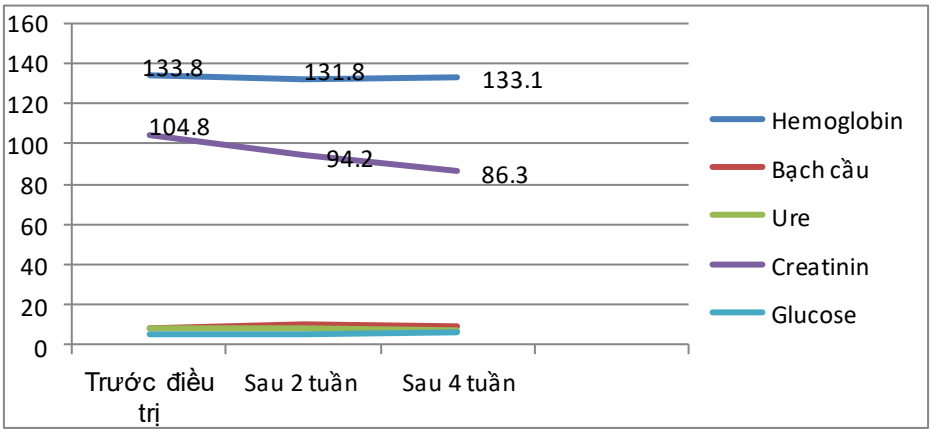
3.2.Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị



Biểu đồ 2. Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Nhận xét: Một số các triệu chứng lâm sàng như phù, thiểu niệu hay khó thở sau điều trị 2 tuần, 4 tuần đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$).

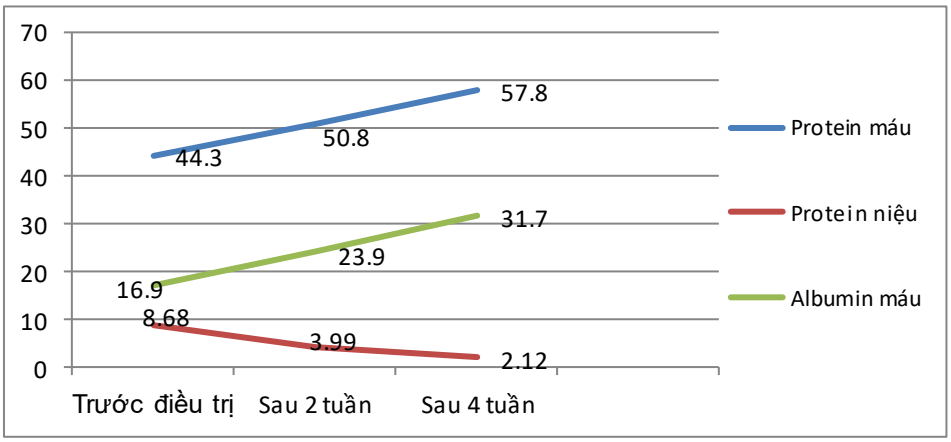
3.3.Thay đổi một số chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.Thay đổi một số chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị

Nhận xét: Không có sự khác biệt về các chỉ số hemoglobin, bạch cầu, ure máu, creatinin màu và glucose máu trước về sau điều trị ($p > 0,05$).

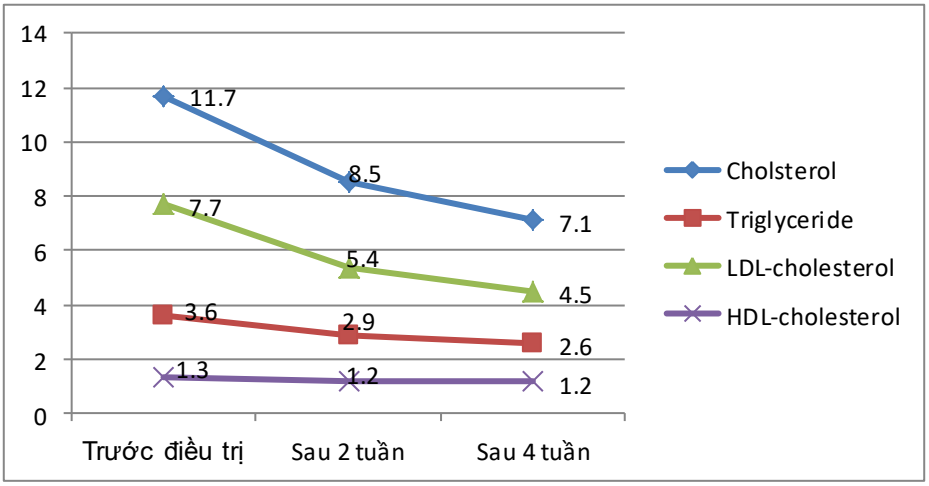
3.4.Thay đổi các chỉ số protein máu, albumin máu và protein niệu trước và sau điều trị



Biểu đồ 4.Thay đổi các chỉ số proein máu, albumin máu và protein niệu trước và sau điều trị

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số protein máu, albumin máu và protein niệu giữa trước và sau điều trị với p < 0,01.

3.5.Thay đổi các chỉ số lipid máu



Biểu đồ 3.5. Thay đổi các chỉ số lipid máu

Nhận xét: Sau điều trị 2 tuần, 4 tuần, các chỉ số lipid máu đều giảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

IV.BÀN LUẬN

4.1.Đặc điểm về tuổi, giới của nhóm nghiên cứu

Cũng như nhân xét của nhiều tác giả kinh điển về HCTH nguyên phát người trưởng thành, các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này gặp ở mọi lứa tuổi và gặp nhiều hơn ở bệnh nhân nam. Theo số liệu ở bảng 1, bệnh nhân trẻ tuổi từ 16 – 44 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,4%), tuổi thấp nhất ghi nhận được là 16 tuổi và cao nhất là 91 tuổi, độ tuổi trung bình mắc HCTH là 46,63 ± 21,16 tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng giống với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang [5] trên 73 bệnh nhân tuổi nhỏ nhất 16, lớn nhất 86 tuổi, tuổi

trung bình của bệnh nhân là 47,64 ± 21,06 tuổi.

Kết quả ở biểu đồ 1 trong nhóm nghiên cứu của bệnh nhân nam chiếm 68%, bệnh nhân nữ chiếm 32%, tỷ lệ nam/nữ là 2,12/1. Tương tự như tác giả Lê Thị Thùy Trang [5] hay Đoàn Ngọc Tú [6] đề cho rằng tỷ lệ gặp hội chứng thận hư ở nam nhiều nhiều hơn nữ.

3.2.Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Phù thường là triệu chứng đầu tiên khiến người bệnh đi khám. Theo kết quả của biểu đồ 2, 100% bệnh nhân đều có phù. Sau 2 tuần điều trị còn 16,7% bệnh nhân có phù, không có bệnh nhân nào phù nặng, giá trị này có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Sau 4 tuần điều trị chỉ còn 10% (p < 0,001). Kết quả trên tương tự một số tác giả trong nước như nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang [5] nghiên cứu trên 73 bệnh nhân phù chiếm 91,8%, và nghiên cứu của Đoàn Ngọc Tú [6] nghiên cứu 46 bệnh nhân có 100% bệnh nhân có phù, trong đó phù nặng chiếm 67,3%.

3.3. Thay đổi các chỉ số protein máu, albumin máu và protein niệu trước và sau điều trị

Do hiện tượng tổn thương ở cầu thận làm thoát protein ra nước tiểu nên protid máu thường giảm trong HCTH. Tương tự như vậy, giảm Albumin máu trong hội chứng thận hư xảy ra do mất protein qua nước tiểu nhiều, tổng hợp protein của gan không bù đắp kịp. Điều này dẫn tới hậu quả làm giảm áp lực keo của máu gây ra phù do nước di chuyển từ lòng mao mạch ra tổ chức kẽ (theo định luật Starling). Cơ chế này gây tăng tái hấp thu natri và nước của ống thận làm phù nặng lên. Kết quả từ nghiên cứu chúng tôi thấy rằng sau điều trị corticosteroid 2 tuần, 4 tuần thì tăng protein máu cũng như albumin máu sơ với trước khi điều trị. Sự tăng này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Biểu đồ 4). Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu đã công bố [6],[7],[8].

Protein niệu nhiều là đặc trưng cơ bản nhất của hội chứng thận hư. Trong HCTH, màng lọc cầu thận để lọt nhiều albumin, điều này được giải thích là tổn thương do lắng đọng các phức hợp miễn dịch gây ra hủy hoại lớp điện tích âm của màng nền cầu thận, làm cầu thận để lọt dễ dàng các phân tử mang điện tích âm như là albumin. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là giảm lượng protein niệu sau khi điều trị 2 tuần và 4 tuần có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị (Biểu đồ 4). Dựa vào mức độ protein niệu đánh giá mức độ đáp ứng của bệnh nhân HCTH. Theo kết quả tại biểu đồ 4, sau 2 tuần điều trị có 46,7% bệnh nhân đáp ứng một phần, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với p < 0,001. Sau 4 tuần điều trị có 20% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 80% bệnh nhân không đáp ứng hoặc đáp ứng một phần, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu trong nước cũng như nước ngoài đã báo cáo [6],[7],[8].

3.4.Sự thay đổi chỉ số lipid máu

Trong HCTH cholesterol tăng xảy ra rất sớm ngay từ khi bắt đầu xuất hiện HCTH. Ngoài tăng cholesterol là nổi bật trong HCTH còn biểu hiện các rối loạn khác như tăng nồng độ TG, VLDL, LDL và giảm HDL. Tăng lipid máu cũng như các chất

trung gian làm thâm nhiễm bạch cầu, thâm nhiễm màng mao mạch, thâm nhiễm đại thực bào, sinh các chất gắn gian bào góp phần làm xơ hóa các mạch máu, đặc biệt là mao mạch cầu thận có thể làm cho HCTH đề kháng với điều trị corticoid hay đưa đến suy thận, hoặc ở tim có thể bị thiếu năng vành, nhồi máu cơ tim,… Như vậy trong HCTH chúng tôi nhận thấy luôn có sự rối loạn về các thành phần lipid máu. Nồng độ cholesterol và LDL-C luôn tăng cao ở mọi bệnh nhân khi bị HCTH, 100% các trường hợp trong nhóm nghiên cứu khi mới vào viện đều có nồng độ cholesterol và LDL-C ở mức cao. Đối với nồng độ triglyceride chúng tôi nhận thấy đa số đều tăng, riêng đối với HDL-C tỷ lệ ở mức khá cao, một số trường hợp ở mức thấp và bình thường. Tuy nhiên sau điều trị 2 tuần và 4 tuần tất cả các chỉ số lipid máu đề thay đổi so với trước điều trị (Biểu đồ 5).

V. KẾT LUẬN

Corticosteroid là lựa chọn đầu tiên để điều trị hội chứng thận hư tiên phát giai đoạn tấn công, corticosteroid làm chậm tiến triển của bệnh, mặt khác còn giúp kiểm soát các thành phần lipid máu ở bệnh nhân có hội chứng thận hư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thịnh và Cộng Sự** (1996). Tình hình bệnh thận tiết niệu điều trị nội trú tại khoa Thận bệnh viện Bạch Mai (1991-1995). Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học bệnh viện Bạch Mai 1995 - 1996, 2, tr.181-186.
2. **Bộ y tế** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng thận hư.
3. **Stephen M. Korbet** (2012). Treatment of Primary FSGS in Adults. J Am Soc Nephrol 23: 1769–1776, 2012. doi: 10.1681/ASN.20120403.
4. **Eva K and Lorenz S** (2017). ReviewArticle Recent Treatment Advances and New Trials in Adult Nephrotic Syndrome. BioMed Research International Volume 2017, Article ID 7689254, 9 pag.
5. **Lê Thị Thùy Trang** (2016), Khảo sát đặc điểm và kết quả điều trị hội chứng thận hư ở người cao tuổi, luận văn thạc sĩ y học đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.51.
6. **Đoàn Ngọc Tú** (2015), Nghiên cứu sự biến đổi rối loạn đông máu, Lipid máu và hiệu quả phác đồ phối hợp Rosuvastatin, Prednisolone ở bệnh nhân Hội chứng thận hư người trưởng thành, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược Huế năm 2015.
7. **Goumenos DS, Kalliakmani P , Savvidaki E and John GV** (2009). Open AccessShort Report Corticosteroids vs. corticosteroids plus cycloporin A in adult minimal changes disease. BMC Research Notes 2009, 2:144
8. **Gomez Mendez LM, Matthew DC, Tamiko R, et al** (2019). KatsumotoOutcome of participants with nephrotic syndrome in combined clinical trials of lupus nephritis. Lupus Science & Medicine 2019;6:e000308. doi:10.1136/lupus-2018-000308

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ TỪ MẸ CỦA NHÓM SƠ SINH ĐỦ THÁNG NHẸ CÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Thị Thúy Hà*, Nguyễn Thị Thúy An*, Võ Tá Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý của sơ sinh đủ thảng nhẹ cân. Xác định các yếu tố liên quan từ mẹ đến nhóm sơ sinh bệnh lý này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả phân tích bệnh - chứng. Sơ sinh điều trị tại khoa Nhi Sơ Sinh từ 01/01 năm 2019 đến 01/09 năm 2020. **Kết quả:** Nam chiếm ưu thế hơn nữ (nam 53.13%). Cân nặng trung bình 2321 ± 152.3 gram. Lý do vào viện chủ yếu là bú kém, nôn trớ, suy hô hấp,... Bệnh lý tuần đầu sau đẻ NTSS 78.13%; hạ đường huyết 31.25%; đa hồng cầu 3.13%. Triệu chứng lâm sàng của NTSS là bú kém, nôn trớ, kém linh hoạt, thở nhanh. Một số xét nghiệm: số lượng bạch cầu 5 – 20.10^9/l, CRP tăng chiếm 100%. Triệu chứng lâm sàng hạ đường huyết là kém linh hoạt, kém vận động và thở nhanh. Triệu chứng lâm sàng đa hồng cầu chủ yếu là kém linh hoạt, tăng nhịp tim, thở nhanh, vận động ít. Có 10 trường hợp dị tật bẩm sinh trong đó 5 dị tật thận tiết niệu, 4 tim bẩm sinh và 1 dị tật cơ xương khớp. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của mẹ như: tuổi mẹ < 18 tuổi hoặc ≥ 35 tuổi (OR = 2.10; p = 0.003); trình độ học vấn thấp (OR = 2,03; p = 0,24); điều kiện kinh tế (OR = 2,10; p = 0,003); Chiều cao mẹ < 150 cm (OR = 5.21; p < 0.05); chỉ số BMI < 18.5 (OR = 5.21; p < 0.05) là các yếu tố nguy cơ sinh con nhẹ cân. Bệnh lý trước mang thai: số lần sinh con (OR = 3; p = 0.001) liên quan với sinh con nhẹ cân. Bệnh lý trong mang thai: khoảng cách sinh ≤ 24 tháng (OR = 3.29; p = 0.04); đa thai (OR = 3.29; p < 0.05), khám thai không định kỳ (OR = 6.33; p < 0.05) , bệnh lý mẹ như tiền sản giật, cao huyết áp,… cũng là yếu tố nguy cơ sinh con nhẹ cân (OR = 2.12; p < 0.05). **Kết luận:** Nam chiếm ưu thế hơn nữ. Cân nặng trung bình 2321gram. Bệnh lý tuần đầu sau đẻ NTSS, hạ đường huyết... Yếu tố nguy cơ từ mẹ: tuổi mẹ (< 18 hoặc ≥ 35), chiều cao mẹ < 150 cm, số lần sinh con, khoảng cách sinh ≤ 24 tháng, khám thai không định kỳ, bệnh lý mẹ như tiền sản giật, cao huyết áp,…là nguy cơ sinh con đủ tháng nhẹ cân.

Từ khóa: Sơ sinh đủ tháng nhẹ cân, yếu tố nguy cơ từ mẹ.

**BV Hữu nghị đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hà
Email: tranthuyhahmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND MATERNAL RISK FACTORS OF LOW BIRTHWEIGHT FULL-TERM NEWBORNS GROUP AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To describe the pathological features of low birth-weight full-term infants and determine maternal factors associated with this condition. **Subjects and methods:** Observational case control study on newborns treated at Neonatology Department from January 2019 to September 2020. **Results:** Male was the majority (53.13%). Average weight was 2321 ± 152.3

grams. The chief complains for admission were poor breast-feeding, vomiting, respiratory failure,... First-week postpartum diseases included neonatal infections (78.13%), hypoglycemia (31.25%) and polycythemia (3.13%). The clinical symptoms of neonatal infections were poor breast-feeding, vomiting, less flexible and tachypnea. Workup showed that the majority of leukocyte counts were 5-20×10^9/L, and 100% patients had increased CRP. Clinical symptoms of hypoglycemia were less flexible, inactivity and tachypnea. The main clinical symptoms of polycythemia were less flexible, tachypnea and inactivity. There were 10 cases of birth defects, including 5 kidney and urinary malformations, 4 congenital heart defects and 1 musculoskeletal malformation. Clinical epidemiological characteristics of mothers such as: mother's age <18 years or ≥ 35 years (OR = 2.10; p = 0.003); low educational attainment (OR = 2.03; p = 0.24); economic conditions (OR = 2.10; p = 0.003); mother's height <150 cm (OR = 5.21; p <0.05); BMI <18.5 (OR = 5.21; p <0.05) were risk factors for low birth-weight newborn. Pre-pregnancy condition: number of births (OR = 3; p = 0.001) associated with low birthweight newborn. Conditions during pregnancy: birth interval ≤ 24 months (OR = 3.29; p = 0.04); multiple pregnancy (OR = 3.29; p <0.05), irregular pregnancy check-ups (OR = 6.33; p <0.05), maternal conditions such as preeclampsia, high blood pressure,... were also risk factors for low birthweight neonate (OR = 2.12; p <0.05). **Conclusion:** Men dominated over women, average weight was 2321 grams. First-week postpartum diseases included neonatal infections, hypoglycemia,... Maternal risk factors: maternal age (<18 or ≥ 35), maternal height <150 cm, number of births, birth interval ≤ 24 months, irregular pregnancy check-ups, maternal diseases such as preeclampsia, high blood pressure, ... were the risks of low birth-weight full-term newborns.

Keywords: Low birthweight full-term newborn, maternal risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh thường được sử dụng như một tiêu chí để đánh giá về mức độ sức khỏe trong một quốc gia. Ngày nay cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật thì số trẻ sơ sinh được cứu sống ngày càng nhiều. Tuy vậy mỗi năm tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh vẫn chiếm gần 40% tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi. Ba phần tư số tử vong sơ sinh xảy ra trong tuần đầu, trong đó 25 -35% xảy ra trong 24 giờ đầu sau đẻ.

Tại Việt Nam, vài thập niên gần đây, tỷ lệ tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi nói chung đã giảm. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong sơ sinh đã giảm không đáng kể. Gần 85% tử vong sơ sinh là đẻ non, nhẹ cân, nhiễm trùng sơ sinh, ngạt và chấn thương lúc sinh.

Sơ sinh nhẹ cân là một trong những nhóm sơ sinh có nguy cơ cao thường gặp. Nguyên nhân có thể do đẻ non hoặc do thai chậm phát triển trong tử cung. Hậu quả dẫn đến thai chết lưu, những biến chứng chu sinh như ngạt, hạ thân nhiệt, hạ đường máu, đa hồng cầu, di chứng về tâm thần kinh và nguy cơ cao mắc các bệnh lý tim mạch... Từ thực tế trên, cần có những nghiên cứu đầy đủ về những yếu tố nguy cơ ở mẹ, phân loại sơ sinh chính xác đối với loại hình sơ sinh này. Từ đó xây dựng kế hoạch chăm sóc hợp lý nhằm góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh sớm cũng như các di chứng về sau chúng tôi thực hiện đề tài: *Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và yếu tố nguy cơ từ mẹ của sơ sinh đủ tháng nhẹ cân tại bệnh viện HNĐK Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 96 trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân nhập viện và điều trị tại khoa Nhi Sơ Sinh bệnh viện HNĐK Nghệ An từ ngày 01/01 năm 2019 đến 01/09 năm 2020 và nhóm chứng.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn với các câu hỏi hồi cứu. Thước đo nhân trắc. Bảng tính tuổi thai. Các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa.

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, cắt ngang mô tả, có phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Phân bố theo giới

Trong số 96 trẻ được chẩn đoán sơ sinh đủ tháng nhẹ cân, có 51 trẻ nam chiếm tỷ lệ 53.13% cao hơn so với nữ 46.87%.

Chỉ số nhân trắc

Bảng 1: Các chỉ số nhân trắc của nhóm nghiên cứu

Các đặc điểm	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Chiều dài cơ thể (cm)	39.59 ± 1.64	37	43
Cân nặng lúc sinh (gram)	2321 ± 152.3	2000	2450
Vòng đầu (cm)	32.73 ± 0.83	31	34

Nhận xét: Cân nặng lúc sinh trung bình của nhóm nghiên cứu là 2321 gram; thấp nhất là 2000 gram. Chiều dài cơ thể trung bình là 39.59 cm; thấp nhất là 37 cm. Vòng đầu trung bình là 32.73 cm; thấp nhất là 31 cm.

Bệnh lý thường gặp của sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Bảng 2: Bệnh lý tuần đầu sau đẻ

Bệnh lý tuần đầu sau đẻ	N(96)	Tần suất
NTSS sớm	75	78.13
Hạ đường máu	30	31.25
Hội chứng cô đặc máu	3	3.13
Suy hô hấp không do nhiễm trùng	8	8.3
Dị tật bẩm sinh	10	10.42

Nhận xét: Bệnh lý tuần đầu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất là nhiễm trùng sơ sinh sớm 78.13%; tiếp theo là hạ đường huyết chiếm 31.25%;

2. Đặc điểm bệnh lý của nhóm nghiên cứu.

Lý do vào viện

Bú kém, nôn trớ, vàng da tăng bilirubin tự do, suy hô hấp là lý do chính vào viện của trẻ sơ sinh nhẹ cân; các lý do khác như cân nặng lúc sinh thấp, mẹ có yếu tố nguy cơ… cũng chiếm tỷ lệ khá cao 41.7%.

Đặc điểm của nhóm sơ sinh đủ tháng nhẹ cân bị nhiễm trùng sơ sinh

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của các trẻ sơ sinh nhiễm trùng là bú kém, nôn trớ chiếm đến 64%; tiếp theo là ý thức kém linh hoạt (40%), thở nhanh (6.67%); Triệu chứng

khác: bụng chướng, bỏ ăn, sốt, da vàng tái, nhịp tim nhanh gặp với tỷ lệ thấp hơn.

Số lượng bạch cầu 5 – 20G/l chiếm (76%); có 24% số trẻ có số lượng bạch cầu trên 20G/l. Đây là yếu tố tiên lượng nhiễm trùng sơ sinh nặng. Nồng độ CRP tăng chiếm tỷ lệ 100%. Hạ đường huyết chiếm tỷ lệ 28%.

Đặc điểm của nhóm sơ sinh đủ tháng nhẹ cân hạ đường huyết

Triệu chứng lâm sàng của nhóm hạ đường huyết chiếm đa số là kém linh hoạt (33.3%), nhịp tim nhanh (30%), thở nhanh (26.7%); không ghi nhận trường hợp nào co giật và giảm trương lực cơ do hạ đường huyết.

Đặc điểm của nhóm sơ sinh đủ tháng nhẹ cân đa hồng cầu

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của các trẻ đa hồng cầu là ý thức kém linh hoạt, bú kém, môi đỏ thẫm và thở nhanh chiếm tỷ lệ cao (100%). Các triệu chứng khác như nhịp tim nhanh ít gặp, đặc biệt không ghi nhận trường hợp nào co giật và giảm trương lực cơ.

Cận lâm sàng: Số lượng hồng cầu ≥ 6 triệu chiếm đa số (66.7%). Nồng độ hemoglobin > 22g/l chiếm 100%. Nồng độ Hct ≥ 65% chiếm toàn bộ 100%. Nồng độ HGB và Hct là hai tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng đa hồng cầu. 66.7% số trẻ đa hồng cầu có hạ đường huyết đi kèm.

3. Yếu tố nguy cơ từ mẹ liên quan đến sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và bệnh lý trước sinh của mẹ

Nguy cơ sinh con nhẹ cân của mẹ < 18 tuổi hoặc ≥ 35 tuổi cao gấp 2.1 lần so với mẹ 18 – 34 tuổi (p< 0.05).

Điều kiện kinh tế của mẹ có liên quan với tỷ lệ SSĐT nhẹ cân (p < 0.05).

Nguy cơ sinh con nhẹ cân của các bà mẹ có chỉ số BMI < 18.5 cao gấp 5.21 lần so với các bà mẹ có BMI ≥ 18.5 (OR = 5.21; p < 0.05).

Nguy cơ sinh con nhẹ cân của mẹ có chiều cao ≤ 150 cm cao gấp 5.21 lần so với mẹ có chiều cao > 150 cm (OR = 5.21; p < 0.05).

Số lần sinh con là yếu tố liên quan đến cân nặng khi sinh thấp (p < 0.05).

Bệnh lý khi mang thai

Có mối liên quan giữa việc trẻ sinh ra từ các bà mẹ mang đa thai và tỷ lệ SSĐT nhẹ cân (p < 0.05). Không khám thai định kỳ là yếu tố nguy cơ của sinh con nhẹ cân (OR = 6.33, p < 0.05). Chưa tìm thấy sự liên quan giữa mẹ có bệnh lý khi mang thai và sinh con nhẹ cân (p > 0.05).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Phân bố theo giới tính

Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân ở nam cao hơn nữ, tương đương với nghiên cứu của Võ Thị Hồng Nhị (2014) tại Đơn vị Sơ sinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế tỷ lệ nam, nữ là 55.36% và 44.64%.

Các chỉ số nhân trắc của trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Các giá trị trung bình về chiều cao; cân nặng lúc sinh; vòng đầu lần lượt đều thấp hơn so với sơ sinh đủ tháng cân nặng bình thường. Theo nghiên cứu của Võ Thị Hồng Nhị (2014) tại Đơn vị Sơ sinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân là 2110.7 ± 198.8 gram.

Các bệnh lý thường gặp của loại SSĐT nhẹ cân.

Theo nghiên cứu của Võ Thị Hồng Nhị (2014) tại Đơn vị Sơ sinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế ở loại sơ sinh đủ tháng nhẹ cân mô hình bệnh tật chủ yếu là nhiễm

trùng sơ sinh sớm 54.17%; tiếp theo là ngạt chiếm 26.79%; Hạ đường huyết chiếm 19.64%. Theo Nguyễn Thị Thu Thủy (2013) tại khoa Nhi sơ sinh tỉnh Bình Định ở loại sơ sinh đủ tháng nhẹ cân mô hình bệnh tật chủ yếu là nhiễm trùng sơ sinh sớm 54.7%; sau đó là dị tật bẩm sinh 20%; ngạt chiếm tỷ lệ 6.3%;

Đặc điểm bệnh lý của sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Phân bố lý do vào viện.

Theo nghiên cứu của Võ Thị Hồng Nhị (2014) ở sơ sinh đủ tháng nhẹ cân cho thấy lý do vào viện của các trẻ này chủ yếu là ngạt 26.79%; Bú kém 19.64% và tiếp theo là suy hô hấp chiếm 16.07%. Đây là triệu chứng của các bệnh lý thường gặp ở trẻ sơ sinh nhẹ cân như nhiễm trùng sơ sinh, ngạt, cô đặc máu,…

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh lý thường gặp.

Nhiễm trùng sơ sinh sớm

Khoảng 78.13% trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân có nhiễm trùng sơ sinh. Phần lớn nhiễm trùng sơ sinh xảy ra sớm trong vòng 24 giờ đầu. Theo nghiên cứu của Võ Thị Hồng Nhị (2014) khoảng 85% trường hợp xảy ra sớm trong vòng 24 giờ đầu, 5% xảy ra trong vòng 24 – 48 giờ đầu và một tỷ lệ nhỏ xảy ra trong vòng 48 – 72 giờ đầu. Theo nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng lâm sàng nổi bật của các trẻ sơ sinh nhiễm trùng là bú kém, nôn trớ tiếp theo là ý thức kém linh hoạt, thở nhanh;

Theo nghiên cứu của Võ Thị Hồng Nhị (2014) đa số các trẻ NTSS có số lượng bạch cầu trên 20.10^9/l, có 12.5% số trẻ có số lượng bạch cầu giảm dưới 5.10^9/l. Đây là yếu tố tiên lượng nhiễm trùng sơ sinh nặng.

Hạ đường huyết

Trẻ sơ sinh nhẹ cân có nguy cơ hạ đường huyết. Theo Chế Thị Ánh Tuyết (2013) tỷ lệ hạ đường máu ở sơ sinh đủ tháng nhẹ cân là 14.2% cao hơn so với loại sơ sinh đủ tháng cân nặng tương ứng tuổi thai 8.3%. Theo De Arun Kumar và cộng sự (2011) tỷ lệ hạ đường huyết ở sơ sinh nhẹ cân là 64.2% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với sơ sinh đủ tháng bình dưỡng.

Hội chứng đa hồng cầu

Sơ sinh nhẹ cân hoặc cân nặng lớn hơn so với tuổi thai có tỷ lệ cô đặc máu cao hơn các loại sơ sinh khác. Theo Nguyễn Thị Huyền Trang (2011) loại sơ sinh suy dinh dưỡng bào thai là yếu tố tăng Hemoglobin máu cao gấp 7.5 lần so với các loại sơ sinh khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% trẻ có Hct < 65% và 100% trẻ có HGB > 22g/dl. Có 66.7% trường hợp đường máu mao mạch dưới 2.6 mmol/l.

3. Các yếu tố nguy cơ từ mẹ liên quan đến sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của mẹ

Tuổi mẹ

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bà mẹ < 18 tuổi và ≥ 35 tuổi ở trẻ SSĐT nhẹ cân cao hơn có ý nghĩa so với trẻ cân nặng bình thường (p = 0,003). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hương (2008) và cộng sự tại khoa Sản Bệnh Viện Trung Ương Huế tỷ lệ trẻ thấp cân ở nhóm tuổi mẹ < 19 tuổi chiếm tỷ lệ 18,86% cao nhất trong các nhóm tuổi; sau đó là nhóm tuổi mẹ > 35 tuổi chiếm tỷ lệ 14,82%. Theo nghiên cứu của Alencar Breito Revilane và cộng sự năm 2013 tại Brazil thì tỷ lệ sinh con nhẹ cân ở mẹ < 20 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mẹ > 20 tuổi. Nguy cơ sinh con nhẹ cân ở những bà mẹ < 20 tuổi cao gấp 2.22 lần so với những bà mẹ > 20 tuổi (OR = 2.22; p < 0,001).

Phân bố theo điều kiện kinh tế

Điều kiện kinh tế của mẹ có liên quan với tỷ lệ SSĐT nhẹ cân (p < 0.05). Theo nghiên cứu của Khatum Selina và cộng sự (2012) tại Bnagladesh thì có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế mẹ và sinh con nhẹ cân (p < 0,001). Nguy cơ sinh con nhẹ cân của nhóm có điều kiện kinh tế thấp cao gấp 3,379 lần so với nhóm chứng. Mẹ có điều kiện kinh tế tốt hơn thì được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc trước, trong và sau sinh tốt hơn.

Các chỉ số nhân trắc của mẹ

Chỉ số BMI của mẹ

Nguy cơ sinh con nhẹ cân ở nhóm này cao gấp 5,21 lần so với nhóm chứng (p = 0,00; OR = 5,21). Theo nghiên cứu của Revilane Parente de Alencar Brinto ở Brazil (2013) mẹ nhẹ cân BMI < 18,5 có nguy cơ sinh con nhẹ cân 3,68 lần so với nhóm chứng (p = 0,003; OR = 3,68), trong đó mẹ quá cân hoặc béo phì là yếu tố bảo vệ (p = 0,023; OR = 0,36). BMI thấp phản ánh thiếu năng lượng trường diễn. Do đó các bà mẹ có chỉ số BMI thấp thì nguy cơ sinh con nhẹ cân nhiều hơn so với BMI bình thường.

Chiều cao mẹ

Mẹ có chiều cao ≤ 150 cm có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 5,21 lần mẹ có chiều cao > 150 cm. Chiều cao mẹ là kết quả của sự tác động của nhiều nhân tố dinh dưỡng trong thời kỳ thơ ấu và thiếu niên.

Bệnh lý mẹ trước mang thai

Số lần sinh con

Có sự liên quan giữa số lần sinh con và cân nặng lúc sinh thấp (p = 0.001; OR = 3). Theo Thomre P.S. và cộng sự (2012) không có sự tương quan giữa số lần sinh và cân nặng lúc sinh của trẻ (p = 0.072, OR = 0.66).

Bệnh lý trong thai kỳ

Đa thai. Có mối liên quan giữa việc trẻ sinh ra từ các bà mẹ mang đa thai và tỷ lệ SSĐT nhẹ cân (p < 0.05). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hương và cộng sự tại khoa sản bệnh viện trung ương Huế (2008), tỷ lệ sinh con nhẹ cân ở các bà mẹ mang đa thai là 67.60%.

Khoảng cách sinh

Khoảng cách sinh dưới 24 tháng là yếu tố nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 3.19 lần so với nhóm chứng (OR = 3.29; p = 0.04). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Phương Nhi (p < 0.05; OR = 4.11). Khoảng cách sinh là thời gian từ lần sinh trước đến lần sinh này, khoảng cách càng dài thì khả năng hồi phục về dinh dưỡng, sức khỏe của bà mẹ càng tốt, khoảng cách sinh giữa 2 lần quá ngắn sẽ có nhiều nguy cơ sinh con nhẹ cân.

Khám thai định kỳ

Nguy cơ sinh con nhẹ cân của mẹ không khám thai định kỳ cao gấp 6.33 lần so với mẹ khám thai định kỳ (OR = 6.33; p < 0.05). Theo Lê Thị Phương Nhi (2009) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần khám thai và sinh con nhẹ cân. theo Thomre P.S. và cộng sự (2012) thì số lần khám thai < 3 lần có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 10.91 lần so với khám thai > 3 lần (p < 0.001; OR = 10.91). Có sự liên quan chặt chẽ giữa thiếu thăm khám trước sinh và hậu quả trầm trọng trong thai kỳ. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo nên khám thai ít nhất 4 lần để được thăm khám, tiêm phòng uốn ván, điều trị nhiễm trùng và xác định những dấu hiệu nguy hiểm trong thai kỳ.

Bệnh lý khi mang thai

Bà mẹ mang thai mắc các bệnh lý tiền sản giật, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch sinh con nhẹ cân cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Nguy cơ sinh con nhẹ cân của các bà mẹ mắc các bệnh lý này cao gấp 2.12 lần so với các bà mẹ bình thường (p >

0.05). Theo Theo Nguyễn Thị Mỹ Hương (2008) những sản phụ có tiền sử bệnh lý tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật, bệnh thận,… là những yếu tố có liên quan mật thiết đến tình trạng thai nhẹ cân (49.23%). Theo Yadav Hematram và cộng sự (2012) cả huyết áp tâm thu và tâm trương cao hoặc thấp trong thai kỳ đều đóng góp quan trọng và sơ sinh nhẹ cân. Sử dụng huyết áp làm yếu tố nguy cơ sinh con nhẹ cân có thể tiên đoán với độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 70% [8].

V. KẾT LUẬN

Trẻ nam chiếm ưu thế hơn trẻ nữ. Cân nặng trung bình là 2321gram. Lý do vào viện chủ yếu là bú kém, nôn trớ, suy hô hấp, vàng da. Bệnh lý tuần đầu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất là NTSS; tiếp theo là hạ đường huyết; đa hồng cầu; một số yếu tố nguy cơ từ mẹ có liên quan đến tỷ lệ sinh con đủ tháng nhẹ cân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Phương Nhi** (2009), Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh dưới 2500 gram tại Huyện Phú Vang tỉnh Thừa Thiên Huế, Đại học Y Dược Huế, Huế.
2. **Nguyễn Thị Kiều Nhi, Cao Ngọc Thành** (2011), Xác định các yếu tố nguy cơ mẹ liên quan bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm ở con tại khoa Phụ Sản Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, Tạp chí phụ sản, số 2/2011.
3. **Võ Thị Hồng Nhị** (2014), Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và các yếu tố nguy cơ từ mẹ của loại sơ sinh đủ tháng cân nặng thấp so với tuổi thai giai đoạn sơ sinh sớm, Đại học Y Dược Huế, Huế.
4. **Agarwal G., Ahmad S**. (2012), Maternal risk factors associated with low birth weight neonates in a Tertiary Care Hospital, Northern India, J Community Med Health Education, **2(9),** pp. 1 –
5. **Alfa Muhihi, Christopher R. Sudfield, Emily R. Smith** (2016), Risk factors for small-for-gestational-age and preterm births among 19,269 Tanzanian newborns, BMC prenancy and Childbirt, **110(2016).**
6. **Hameed N.N.** (2011), Risk factors of small for gestation age newborn babies, The Iraqi postgraduate medical journal, **10(1),** pp. 54 – 60.
7. **Meresa Gebremedhin, Fentie AmBaw** (2015), Maternal associated factors of low birth weight: a hospital based cross-sectional mixed study in Tigray, Northern Ethiopia, BMC prenancy and Childbirt, **222(2015).**
8. **Yadav H., Lee N**. (2013), Maternal factors in predicting Low birth weight babies, Med J Malaysia, **68(1),** pp. 44 – 47.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THAY VAN HAI LÁ CƠ HỌC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Hữu Nam*, Nguyễn Văn Hương*, Nguyễn Quốc Hưng*, Nguyễn Văn Việt*, Lê Văn Dũng*, Lương Mạnh Hùng*, Vũ Văn Tình*.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý van hai lá thường gặp và chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân suy tim, điều trị ngoại khoa trong đó thay van hai lá là phương pháp triệt để nhất. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả của phẫu thuật thay van hai lá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Là một nghiên cứu hồi cứu, mô tả với đối tượng là 126 bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá cơ học tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 49.85 ± 10.86 trong đó Nữ chiếm tỷ lệ lớn (69.8%). Tổn thương van chủ yếu do bệnh lý hậu thấp (96%). Kết quả sau phẫu thuật chức năng tim cải thiện có ý nghĩa, đường kính nhĩ trái và đường kính thất trái tâm trương giảm từ 52.79 ± 9.8 và 53.48 ± 9.0 trước mổ giảm xuống 43.40 ± 8.85 và 50.39 ± 7.28 sau mổ ($p<0.05$). Theo dõi trung hạn, bệnh nhân hạ bậc NYHA và chất lượng cuộc sống cải thiện đáng kể. **Kết luận:** Thay van hai lá cơ học là phương pháp điều trị hiệu quả, tai biến, biến chứng thấp, tình trạng tăng áp động mạch phổi và suy tim cải thiện đáng kể sau mổ.

Từ khóa: Thay van hai lá cơ học, suy tim.

SUMMARY

RESULT OF MITRAL VALVE MECHANICAL REPLACEMENT IN NGHE AN FRIENDSHIP HOSPITOL FROM 2016 TO 2019

Background: Mitral valve disease has high proportion in heart failure, treatment by operation, especially mitral valve replacememt surgery is the last way and the most complete. **Objectives:** Research clinical, subclinical and the result of the mitral valve mechanical replacement surgery. **Subjects and methods:** Descriptive retrospective study on 126 patients underwent mitral valve replacement using mechanical valve surgery in Nghe An Friendship Hospital between January 2016 to December 2019. **Result:** Overall, the average of age is 49.85 ± 10.86, female were majority (69.8%). Most of mitral valve disease were rheumatic (96%). Function cardiac improve significant, after surgery, left atrium and left ventricular end-diastolic diameter decrease from 52.79 ± 9.8 and 53.48 ± 9.0 to 43.40 ± 8.85 and 50.39 ± 7.28 ($p<0.05$). Mid-term outcome after mitral valve replacement, NYHA decrease and the quality of life rise significant. **Conclusions:** Mitral valve mechanical replacement surgery is good way in treatment. After surgery, pulmonary hypertension and heart failure decrease significant.

Keywords: Mitral valve mechanical replacement, heart failure.

**Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Hưng
Email: quochung.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý van hai lá là một bệnh lý thường gặp và chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân suy tim, gây nhiều hậu quả nặng nề dẫn tới những tai biến, biến chứng có thể tử vong. Về mặt bệnh lý van hai lá có 3 dạng tổn thương chính: Hẹp van, hở van và hẹp hở van hai lá kết hợp. Ở Việt Nam, bệnh lý van hai lá có nguyên nhân hàng đầu là thấp tim. Trong khi đó bệnh lý van thoái hóa lá lại gặp chủ yếu ở các nước phát triển. Điều trị bệnh van hai lá bao gồm điều trị nội khoa, tim mạch can thiệp và điều trị ngoại khoa. Tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An đã hoàn thiện được tất cả các phương pháp điều trị bệnh, trong đó phải kể tới điều trị ngoại khoa (Phẫu thuật thay van tim) là phương pháp cuối cùng, cũng là phương pháp triệt để nhất bởi tổn thương về mặt giải phẫu tim được giải quyết. Xuất phát từ những lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật thay van hai lá cơ học tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ 2016 đến 2019 nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả của phẫu thuật thay van hai lá cơ học tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm tất cả bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá cơ học tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ 2016 đến 2019. Không giới hạn độ tuổi, giới, nghề nghiệp. Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin nghiên cứu, loại trừ các bệnh nhân phẫu thuật van hai lá kết hợp thay van động mạch chủ. Tất cả bệnh nhân được nghiên cứu theo một mẫu thống nhất, các số liệu nghiên cứu được mã hóa phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2019 có 126 (N=126) bệnh án phù hợp với các chỉ tiêu nghiên cứu đề ra với các kết quả như sau.

3.1. Đặc điểm

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 49.85 ± 10.86 trong đó nữ chiếm tỷ lệ lớn (69.8%). Bệnh lý van hai lá gặp chủ yếu là bệnh van hậu thấp với các biểu hiện về tổn thương van: hẹp van hai lá (50%), hẹp hở van kết hợp (46%) chỉ có 5 trường hợp hở van 2 lá (4%)

Phân độ suy tim trước phẫu thuật chủ yếu nằm ở nhóm NYHA II và NYHA III chiếm 93.7%, 8 trường hợp ở mức NYHA IV, không có trương hợp nào NYHA I.

Về khai thác tiền sử, tai biến mạch máu não là tiền sử gặp nhiều nhất trong nghiên cứu với 7.9%, tiếp đến là nong van cũ (4%) và thấp tim khai thác được (2.4%)

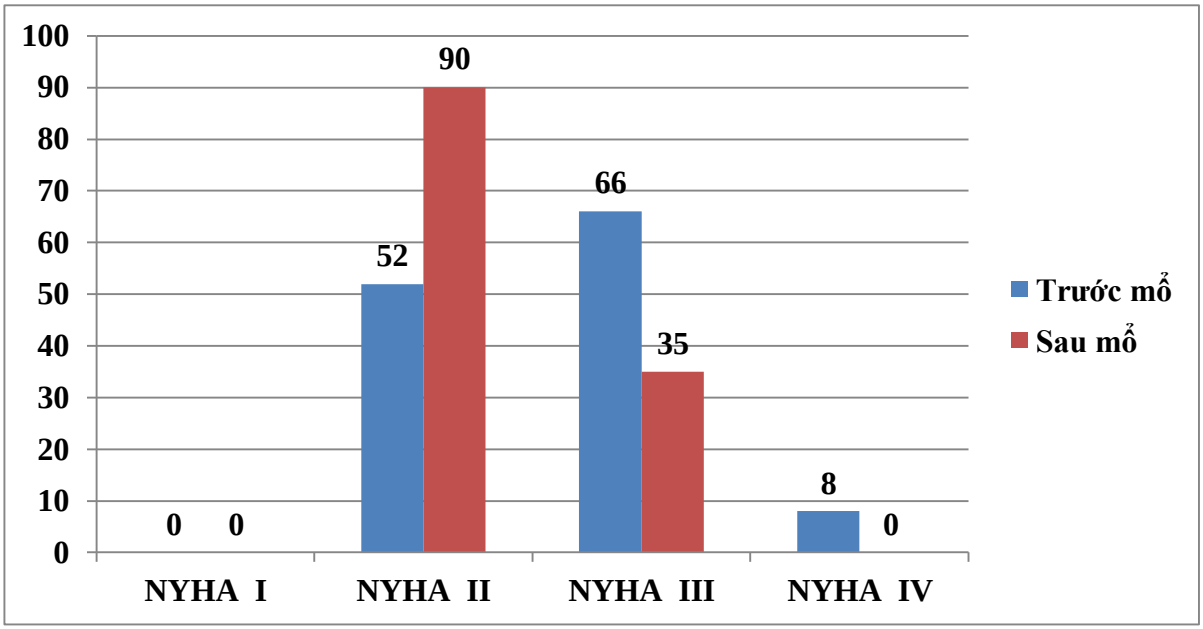
Thời gian phẫu thuật ngắn nhất 100 phút, dài nhất 260 phút, trung bình 152.93 ± 31.08 phút.

Bảng 1: Thời gian chạy CEC, thời gian kẹp động mạch chủ và số lần liệt tim

Thời gian	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thời gian chạy CEC (phút)	35	154	72.62 ± 23.51
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	20	127	53.67 ± 19.76
Số lần liệt tim (lần)	1	6	2.87 ± 0.94

Thời gian nằm điều trị tại hồi sức sau phẫu thuật trung bình 4.31 ± 3.76 ngày, trong đó có 5 bệnh nhân nằm điều trị tại hồi sức trên 14 ngày do suy tim nặng lên sau mổ, khó cai máy thở.

Trong 125 bệnh nhân ra viện có ngày điều trị trung bình sau mổ 14.78 ± 5.75 ngày, dài nhất 52 ngày.



Biểu đồ 1: So sánh phân độ suy tim trước và sau mổ

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2: Đánh giá chỉ số siêu âm tim trước và sau phẫu thuật

Thông số so sánh	Trước mổ	Sau mổ	p
Đường kính nhĩ trái (mm)	52.79 ± 9.8	43.40 ± 8.85	< 0.05
Đường kính thất trái (mm)	53.48 ± 9.0	50.39 ± 7.28	< 0.05
Áp lực ĐM phổi tối đa	42.44 ± 15.16	28.37 ± 7.37	< 0.05

Các biến chứng sớm sau phẫu thuật, suy tim nặng lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 5 trường hợp (4%), 3 bệnh nhân (2.4%) chảy máu sau mổ phải mổ lại cầm máu, 01 trường hợp tràn dịch màng phổi (0.8%) phải đặt dẫn lưu màng phổi tại hồi sức. Không có trường hợp nào bung xương ức, 01 trường hợp tử vong.

Kết quả trung hạn sau phẫu thuật: Có 108 bệnh nhân khám lại sau phẫu thuật, trong đó 83.33% bệnh nhân cảm thấy chất lượng cuộc sống tốt hơn trước phẫu thuật. 4 bệnh nhân cảm thấy tồi hơn và 14 bệnh nhân chưa thấy sự thay đổi.

Các biến chứng trung hạn, gặp nhiều nhất là tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều phải phẫu thuật dẫn lưu khoang màng tim, có 2 trường hợp tử vong do kẹt van, 1 trường hợp bung xương ức và 1 trường hợp kẹt van mổ lại sau đó tình trạng ổn định. Không có trường hợp nào viêm tắc mạch, tai biến mạch não trong quá trình theo dõi trung hạn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Về đặc điểm các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi cao hơn các

nghiên cứu khác trong nước, bởi nghiên cứu của chúng tôi tập trung hoàn toàn ở bệnh nhân trưởng thành, khác với các nghiên cứu [1],[2] khi có cả bệnh nhân nhi, tuy vậy cả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác tại Việt Nam có sự tương đồng về nhóm tuổi là độ tuổi lao động, cũng như tỷ lệ giới tính khi nữ chiếm tỷ lệ lớn hơn nam. Trong khi đó ở các nghiên cứu nước ngoài như tại Mỹ [3] thì độ tuổi trung bình cao hơn rất nhiều, tỷ lệ nam chiếm nhiều hơn.

Loại tổn thương van tim hay gặp nhất trong nghiên cứu là hẹp van hai lá (50%) và hẹp hở van kết hợp (46%) là các biểu hiện chủ yếu của bệnh lý van hậu thấp, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trong nước [1],[2] nhưng khác với nghiên cứu nước ngoài [3]. Có thể giải thích sự khác biệt về về đặc điểm này giữa nghiên cứu trong nước và quốc tế bởi mô hình bệnh van tim ở nước ta chủ yếu là bệnh van hậu thấp [4], gặp nhiều ở các bệnh nhân trong độ tuổi lao động, trong khi đó bệnh lý thấp tim ở các nước Âu - Mỹ có tỷ lệ thấp hơn tại Việt Nam, các nghiên cứu của họ, bệnh nhân thay van hai lá do nguyên nhân thoái hóa, tái cấu trúc thất trái do bệnh lý mạch vành chiếm tỷ lệ cao . Các bệnh lý này có độ tuổi mắc cao hơn thấp tim và tỷ lệ nam/ nữ khác với thấp tim. NYHA trong nghiên cứu chủ yếu nằm ở NYHA III với 52.4%, có 8 bệnh nhân NYHA IV (6.3%), kết quả này tương tự với nghiên cứu [1],[4] về NYHA trước mổ, có thể lý giải điều này bởi ở nước ta, người dân chưa ý thức về vấn đề điều trị bệnh tật khi còn nhẹ, cùng với điều kiện kinh tế còn khó khăn dẫn đến việc khám và điều trị bệnh muộn, khi các triệu chứng đã nặng, quá mức chịu đựng của bệnh nhân.

Bảng 3: So sánh thời gian chạy máy và kẹp động mạch chủ với các tác giả

Tác giả	Thời gian chạy máy	Thời gian kẹp động mạch chủ
Đặng Hanh Sơn [1]	84.91 ± 29.2	62.85 ± 20.69
Sreekanth Vemulapalli [6]	136	101
Trần Thanh Hùng [5]	96	72
Đoàn Quốc Hưng [2]	72.59 ± 29.26	54.41 ± 24.04
Chúng tôi	72.62 ± 23.51	53.67 ± 19.76

Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể, cũng như kẹp động mạch chủ trong mổ của chúng tôi gần giống với kết quả của Đoàn Quốc Hưng [2] nhưng ngắn hơn các nghiên cứu khác cả trong và ngoài nước, điều này có thể do đơn vị phẫu thuật của chúng tôi còn ít kinh nghiệm nên thường lựa chọn các bệnh nhân không quá phức tạp, hơn nữa bệnh nhân trong nghiên cứu của các tác giả khác có một tỷ lệ không nhỏ là bệnh nhân mổ gỡ dính do tiền sử trước đây đã mổ sửa, thay van hoặc tách van tim kín [1], phẫu thuật mạch vành kết hợp, mổ bằng robot [6].

Cả thời gian bệnh nhân nằm tại hồi sức lẫn thời gian điều trị sau mổ đều cao hơn các nghiên cứu khác [2],[7], bởi chúng tôi có 4 bệnh nhân biến chứng suy tim nặng lên sau mổ, khó cai máy thở và vận mạch, thời gian điều trị đều trên 14 ngày, đỉnh điểm lên đến 33 ngày tại hồi sức, khác biệt với nghiên cứu

của Ayse Centikaya [7] tại Đức khi bệnh nhân nằm hồi sức dài ngày nhất là 5 ngày và thời gian điều trị sau phẫu thuật là 19 ngày. Hơn nữa với việc còn ít kinh nghiệm hậu phẫu tim hở và điều chỉnh các biến động, rối loạn sau mổ nên chúng tôi có phần chủ động lưu bệnh nhân để theo dõi thật ổn định trước khi xuất viện dẫn tới kéo dài thời gian này.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong chiếm 0.8% do suy tim nặng lên, so với các nghiên cứu khác [1],[5], tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn bởi việc lựa chọn bệnh nhân trước mổ chặt chẽ và cân nhắc khá kỹ.

Phân độ suy tim sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ, trước mổ có 66 bệnh nhân được xếp loại NYHA III, 8 bệnh nhân được xếp vào NYHA IV nhưng sau mổ không có bệnh nhân nào phân độ suy tim là NYHA IV, 35 bệnh nhân NYHA III. Tỷ lệ NYHA độ II tăng dần do sự cải thiện về mặt giải phẫu và chức năng tim sau mổ. Sau mổ không có bệnh nhân nào được xếp loại suy tim độ IV, thay vào đó là sự tăng lên của tỷ lệ suy tim độ II.

Bảng 4: So sánh NYHA trước và sau phẫu thuật của các nghiên cứu

	NYHA trước mổ	**NYHA sau mổ**	**p**
Đoàn Quốc Hưng [2]	2.03 ± 0.48	1.75 ± 1.14	< 0.05
Đặng Hanh Sơn [1]	2.53 ± 0.53	1.98 ± 0.15	< 0.05
James J. Vincens [8]	3,2 ± 0,6	1,7 ± 0,8	< 0.05
Chúng tôi	2.65 ± 0,6	2.28 ± 0,45	< 0.05

Phân độ suy tim trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi trước mổ là 2,65 ± 0,6 giảm xuống còn 2.28 ± 0,45 sau mổ, sự khác nhau có ý nghĩa thông kê với p< 0.05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trên. Kết quả trình bày trong bảng 2 cho thấy: Đường kính nhĩ trái và thất trái tâm trương sau mổ đều giảm hơn so với trước mổ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p< 0.05. Kết quả trình bày trong nghiên cứu của Đặng Hanh Sơn [1] nhận thấy đường kính nhĩ trái trước mổ là 58.80mm ± 12.39mm giảm xuống còn 49.60 ± 11.81mm sau mổ, đường kính thất trái tâm trương trước mổ là 51.53 ± 12.39 giảm xuống còn 50.03 ± 7.32mm sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả trình bày trong nghiên cứu của tác giả này. Sau mổ, tổn thương về mặt giải phẫu của tim được giải quyết nên kích thước của các buồng tim nhĩ trái và thất trái sẽ giảm xuống do không còn tình trạng quá tải thể tích như trước mổ. Điều này thực sự có ý nghĩa vì nó cho thấy hiệu quả của phẫu thuật thay van hai lá đối với giải phẫu và sinh lý bệnh

Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật khá cao 84.26%, tuy nhiên có 4 trường hợp cảm thấy tồi hơn trước phẫu thuật và 14 trường hợp không cảm thấy sự thay đổi. Những bệnh nhân này phần nhiều ở nhóm hở van ba lá nặng với các biểu hiện nặng nề của suy tim phải. Như vậy việc điều trị và theo dõi lâu dài sau mổ cùng

với việc can thiệp vào van ba lá hở nặng sau mổ thay van vẫn là những vấn đề cần phải quan tâm ở bệnh nhân sau mổ thay van hai lá.

Có 2 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi trung hạn, cả 2 bệnh nhân đều do nguyên nhân kẹt van, không kịp mổ thay van lại. Thời điểm vào viện, chỉ số đông máu của 2 bệnh nhân đều thấp hơn mức cho phép ở bệnh nhân thay van 2 lá cơ học, tuy rằng trước đó trong các đợt khám định kỳ không ghi nhận bất thường, có thể bởi việc không điều chỉnh tốt chế độ ăn uống hằng ngày đã ảnh hưởng tới tác dụng của thuốc chống đông, bởi vậy vấn đề dinh dưỡng ở bệnh nhân thay van hai lá cần được quan tâm cụ thể, cùng với việc hoàn thiện quy trình cũng như nâng cao khả năng, chuyên môn về phẫu thuật thay lại van cần đẩy mạnh và tăng cường.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu với 126 bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá cơ học chúng tôi thấy bệnh van hai lá là bệnh tim phổ biến, nguyên nhân chủ yếu do thấp tim. Thay van hai lá cơ học là phương pháp điều trị hiệu quả, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, tình trạng tăng áp động mạch phổi và suy tim cải thiện đáng kể sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hanh Sơn** (2010) "Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học Sorin tại bệnh viện tim Hà Nội". Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân Y.
2. **Đoàn Quốc Hưng** (2009), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật thay van hai lá cơ học tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức". Tạp chí nghiên cứu y học số 80 năm 2012, tr 58-65.
3. **A Marc Gillinov** (2018),"Early results of robotically assisted mitral valve surgery: Analysis of the first 1000 cases". J Thorac Cardiovasc Surg. 2018 Jan, 155, pp. 82-91.
4. **Phạm Mạnh Hùng** (2007) "Nghiên cứu kết quả sớm và trung hạn của nong van hai lá bằng bóng Inoue trong điều trị bệnh hẹp van hai lá". Luận án tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà nội.
5. **Trần Thanh Hùng** (2013), "Kết quả bước đầu phẫu thuật tim hở tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định".
6. **Sreekanth Vemulapalli** (2019), "Patient and hospital characteristics of mitral valve surgery in United States". JAMA cardiol. 2019 Nov 1, pp. 1149-1155.
7. **Ayse Cetinkaya, Julia Poggenpohl, Stefan Hein, Mirko Doss, Markus Schonburg, Manfred Richter** (2019). "Long-term outcome after mitral valve replacement using biological versus mechanical valves". J Cardiothorac Surg. 2019 Jun 28. 14:120
8. **James J. Vincens, Dogan Temizer** (1995), "Long – term Outcome of Cardiac Surgery in Patients with Mitral Stenosis and Severe Pulmonary Hypertension". Circulation, 92, pp. 137 – 142.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ NGẮN HẠN ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP CORTICOSTEROID Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG GAN DO RƯỢU

Trần Xuân Hưng[1], Trần Thị Thanh Hiền[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương gan rượu là một trong những bệnh phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Viêm gan rượu nặng được định nghĩa khi chỉ số Maddrey ≥ 32 hoặc có hội chứng não gan nguyên phát, tỷ lệ tử vong có thể tới 50% trong vòng 2 tháng nếu không được điều trị.Corticosteroid được chỉ định cho trường hợp tổn thương gan rượu nặng đã chỉ cho thấy sự cải thiện thời gian sống thêm trong thời gian ngắn ở bệnh nhân viêm gan rượu nặng. **Mục tiêu**: Đánh giá kết quả ngắn hạn của corticosteroid trong điều trị tổn thương gan rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: 33 bệnh nhân điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An được chẩn đoán tổn thương gan rượu theo hướng dẫn của AASLD 2010 và thỏa mãn tiêu chuẩn nặng: Chỉ số Maddrey ≥ 32 hoặc bệnh não gan nguyên phát.Những bệnh nhân đủ điều kiện trên được chỉ định điều trị corticosteroid được lấy vào nghiên cứu. **Kết quả**: Có 78,78% bệnh nhân đáp ứng với điều trị, trong đó 33,33% đáp ứng tốt, 45,45% đáp ứng không hoàn toàn và 21,22% không đáp ứng. Nồng độ bilirubin toàn phần ngày thứ 7 là 150 ± 96,4 µmol/l thấp hơn ngày thứ 1 (294 ± 104,3 µmol/l). Chỉ số PT% cái thiện sau 7 ngày điều trị. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở nhóm không có biến chứng cao hơn so với nhóm đã có biến chứng, 90,48% ở nhóm không cổ trướng so với 58,33% nhóm có cổ trướng, 85,71% nhóm viêm gan rượu so với 40% ở nhóm xơ gan rượu, xơ gan còn bù tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng điều trị, cao hơn so với nhóm xơ gan mất bù. Bệnh nhân có hội chứng não gan tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp. **Kết luận**: Có sự cải thiện lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm sau 7 ngày điều trị costicosteroid. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở nhóm không có biến chứng cao hơn so với nhóm đã có biến chứng. Bệnh nhân có hội chứng não gan tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp.

Từ khóa: Tổn thương gan do rượu, nghiện rượu, điều trị costicosteroid.

SUMMARY

STUDY SHORT-TERM RESULTS OF CORTICOSTEROID THERAPY COMBINATION IN ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Background: Alcoholic liver disease is one of the most common diseases in the world and in Vietnam. Severe alcoholic hepatitis is defined as Maddrey's score ≥ 32 or with primary hepatic encephalopathy, mortality can reach 50% within 2 months if untreated.. Corticosteroidstherapy in patients with severe alcoholic liver disease have shown short-term benefit. **Objective**: To evaluate the short-term results of corticosteroids in the treatment of alcoholic liver disease. **Subjects and methods**: 33 patientsint the Department of Gastrointestinal, Nghe AnGeneral FriendshipHospital, were diagnosed with alcoholic liver disease under the guidelines of AASLD 2010 and satisfied the severe criteria:

[1]*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Hiền
Email: thanhhien220690@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Maddrey Index ≥ 32 or presence of hepatic encephalopathy. Patients with the above eligibility standards who were prescribed for corticosteroid therapy were enrolled in the study.

Results: 78.78% of patients responded to treatment, of which 33.33% responded well, 45.45% did not respond completely and 21.22% did not respond to treatment. Total bilirubin concentration on day 7 was 150 ± 96.4 µmol/l lower than day 1 (294 ± 104.3 µmol/l).PT% index improved after 7 days of treatment. The rate of response to treatment in the uncomplicatedpatients was higher than in the complicated patients, 90.48% in the non-ascites patients higher than 58.33% in the ascites patients, 85.71% of alcoholic hepatitis compared with 40% in the alcoholic cirrhosis, all compensated cirrhosisresponded to treatment, higher than decompensated cirrhosis. Patients with hepatic encephalopathy have a low response rate. **Conclusion**: There was an improvement in clinical and laboratory indicators after 7 days of costicosteroid therapy. The response rate to treatment in the uncomplicated group was higher than in the uncomplicated group. Patients with hepatic encephalopathy have a low response rate.

***Keywords**:* Alcoholic liver disease, alcoholism, costicosteroid therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gan rượu là một trong những bệnh phổ biến trên thế giới và Việt Nam.. Ở Việt Nam, trong một nghiên cứu, tỷ lệ người Việt Nam có các vấn đề liên quan đến rượu chiếm 25,5% ở nam và 0,7% với nữ [1].

Viêm gan rượu nặng được định nghĩa khi chỉ số Maddrey ≥ 32 hoặc có hội chứng não gan nguyên phát, tỷ lệ tử vong có thể tới 50% trong vòng 2 tháng nếu không được điều trị [2].Việc điều trị tổn thương gan rượu nặng là sự kết hợp của nhiều phương pháp. Trước hết, bệnh nhân cần ngừng sử dụng rượu và đảm bảo cân bằng dinh dưỡng. Các phương pháp khác như chất chống oxy hóa, thuốc kháng TNF, pentoxifyllin… cũng đã được nghiên cứu nhưng chưa chứng minh được lợi ích vượt trội.Ghép gan là một trong những lựa chọn khác, song chi phí còn cao và nguồn tạng ghép hạn chế [1].

Trong hoàn cảnh đó, phương pháp điều trị bằng corticosteroid đã tỏ ra có hiệu quả. Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ (2010) và Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Châu Âu (2012) khuyến cáo đây là liệu pháp điều trị đầu tay cho bệnh nhân viêm gan rượu nặng,loại trừ trường hợp có chống chỉ định rõ ràng của corticosteroid [1], [3]. Những nghiên cứu phân tích gộp gần đây đã chỉ ra rằng corticosteroid cải thiện thời gian sống thêm trong thời gian ngắn ở bệnh nhân viêm gan rượu nặn[4]. Ở Nghệ An chưa có nghiên cứu về kết quả của corticosteroid trong điều trị bệnh nhân tổn thương gan rượu

Nghiên cứu này nhằm mục đích: *Đánh giá kết quả ngắn hạn của corticosteroid trong điều trị tổn thương gan rượu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

➢ Bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương gan rượu theo hướng dẫn của AASLD 2010

1. Có tiền sử uống rượu nhiều: nam > 60g/ngày, nữ> 20 g/ngày trong ít nhất 10 năm. Trường hợp không rõ khẳng định bằng bộ câu hỏi AUDIT (nam > 8 điểm, nữ > 4 điểm).

2. Xét nghiệm sinh hóa đặc trưng: AST và ALT tăng, AST lớn ≥ 2 lần giới hạn trên của bình thường, AST/ALT > 2, MCV, GGT có thể tăng.

3. Siêu âm ổ bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh tổn thương gan, loại trừ trường hợp ứ mật do tắc nghẽn hoặc có u gan.

4. Loại trừ các tổn thương gan do các nguyên nhân khác.

➢ Thỏa mãn tiêu chuẩn nặng: Chỉ số Maddrey ≥ 32 hoặc bệnh não gan nguyên phát.Những bệnh nhân đủ điều kiện trên được chỉ định điều trị corticosteroid chọn vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

● Bệnh nhân đang có tình trạng nhiễm trùng.

● Chảy máu tiêu hóa trong vòng 15 ngày.

● Đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C, HIV.

● Bệnh nhân mắc các bệnh gan mạn tính khác.

● Bệnh nhân có chống chỉ định với corticosteroid.

● Bệnh nhân chậm phát triển tâm thần hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

● Địa điểm: Bệnh nhân điều trị ở khoa Nội Tiêu Hóa bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

● Thời gian: từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

❖ Tất cả bệnh nhân chẩn đoán tổn thương gan do rượu, có chỉ định điều trị corticosteroid được lựa chọn vào nghiên cứu.

❖ Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được khám bệnh và xét nghiệm lúc vào viện.

❖ Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương gan rượu nặng được tiến hành điều trị prednisolone 40 mg/ngày hoặc methylprednisolone 32 mg/ngày trong vòng 1 tuần. Tùy tình trạng bệnh nhân được điều trị thêm: vitamin B1 và B6, acid amin phân nhánh, lợi tiểu ở các bệnh nhân có cổ trướng, dùng L- ornithine -L - aspatate ở những bệnh nhân có hội chứng não gan.

❖ Đánh giá hiệu quả điều trị: Bệnh nhân được đánh giá lại sau 7 ngày điều trị dưa vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số Maddrey ngày 7 và chỉ số Lille.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu chúng tôi có 33 bệnh nhân được chọn, trong đó 100% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình là 46,2 ± 9,1.Thời gian uống rượu trung bình là 16,9 ± 4,2 năm. Lượng rượu uống trung bình là 534,7 ± 136,9 ml/ngày. Tất cả bệnh nhân nhóm nghiên cứu có vàng da, 63,64% có xơ gan, 36,36% có cổ trướng, 15,15% có hội chứng não gan.

Bảng 3.1: Một số đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả ± SD (Min – Max)
Bilirubin toàn phần (µmol/l)	294 ± 115,2 (117 - 494,5)
PTs	16,3 ± 4,0 (13,3 – 28)
PT %	44 ± 21,2 (16,2 – 72)
ALT (U/L)	137 ± 76,5 (43 – 375)
AST (U/L)	296 ± 214,3 (81 – 1074)
GGT (µmol/l)	954 ± 639,3 (95 - 2765)
Albumin (g/l)	26,3 ± 4,3 (17 – 37)
Maddrey	46,3 ± 5,4
MELD	28,5 ± 7,04

Nhận xét: Nồng độ bilirubin toàn phần trung bình cao, là 294 ± 115,2 µmol/l.Về đông máu, PT% trung bình là 44 ± 21,2, thấp hơn so với ngưỡng bình thường (70 – 140%).Về men gan, ALT trung bình là 137 ± 76,5 U/L, tăng nhưng không quá 300 U/L, AST trung bình cao hơn ALT, tỷlệ AST/ALT là 2,1. GGT trung bình cao 954 ± 639,3U/L.Chỉ số Maddrey trung bình là 46,3 ± 5,4.Chỉ số MELD trung bình là 28,5 ± 7,04.

3.2. Đánh giá kết quả của corticosteroid trong điều trị bệnh nhân tổn thương gan rượu.

Bảng 3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào chỉ số Lille

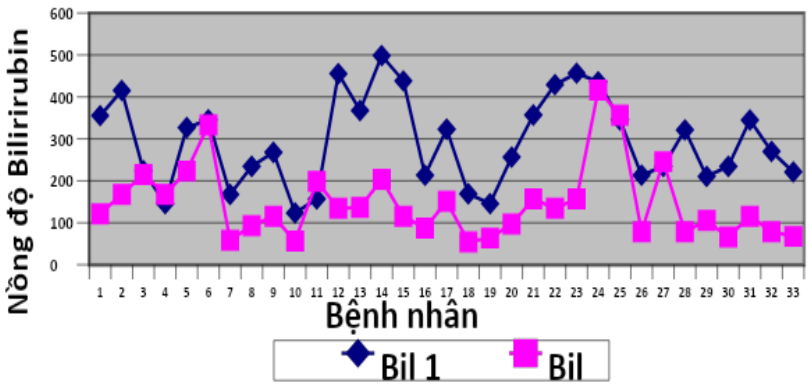
Hiệu quả điều trị	Có đáp ứng điều trị		Không đáp ứng Lille ≥ 0,45
	Đáp ứng tốt Lille ≤ 0,15	Đáp ứng Lille 0,16 -0,44	
N	11	15	7
%	33,33	45,45	21,22

Nhận xét: Có 78,78% bệnh nhân đáp ứng điều trị, 21,22% bệnh nhân không đáp ứng điều trị.

Bảng 3.3: Sự thay đổi một số xét nghiệm và các chỉ số sau 1 tuần điều trị

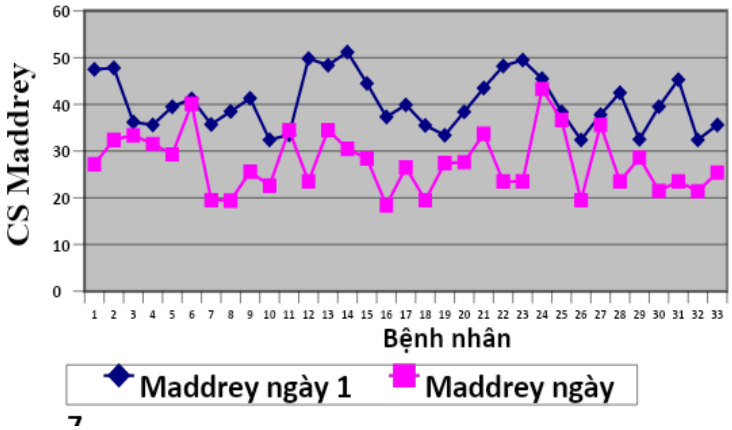
	Ngày 1	Ngày 7	P
Bilirubin tp (µmol/l)	294 ± 104,3	150 ± 96.4	< 0,001
PTs	16,3 ± 4,0	14,5 ± 4,3	0,016
PT%	44 ± 21,2	68 ± 26,3	< 0,001
ALT (U/L)	137 ± 76,5	118 ± 53,3	< 0,106
AST (U/L)	296 ± 214,3	175 ± 73,5	< 0,001
CS Maddrey	46,3 ± 5,4	28,5 ± 7,04	< 0,001

Nhận xét: Sự thay đổi PTs, PT%, AST và ALT ngày 1 và ngày 7 có sự khác biệt ý nghĩa thống kê. Nồng độ bilirubin toàn phần trung bình ngày 1 là 294 ± 104,3 µmol/l cao hơn so với ngày 7 là 150 ± 96,4 µmol/l. Chỉ số Maddrey ngày thứ 1 là 46,3 ± 5,4 điểm cao hơn so với ngày thứ 7 là 28,5 ± 7,04 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0.001.



Biểu đồ 3.1: Sự thay đổi nồng độ bilirubin toàn phần theo thời gian

Nhận xét: Theo dõi dọc nồng độ Bilirubin toàn phần cho thấy chỉ số ngày 7 thấp hơn ngày 1



Biểu đồ 3.2: Sự thay đổi chỉ số Maddrey theo thời gian

Nhận xét: Theo dõi dọc chỉ số Maddrey cho thấy chỉ số ngày 7 giảm hơn ngày 1.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số Lille có giá tri đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng tỉ lệ tử vong sau 6 tháng, từ đó có quyết định tiếp tục hay ngừng sử dụng corticosteroid. Sau 7 ngày điều trị, bệnh nhân có chỉ số Lille ≤ 0,15 có đáp ứng tốt, từ 0,16 đến 0,44 đáp ứng không hoàn toàn,chỉ số ≥ 0,45 gợi ý ít đáp ứng với điều trị [5]. Khi phân tích chúng tôi nhận thấy có 1/3 số bệnh nhân trong nghiên cứu đáp ứng tốt với điều trị corticosteroid, 45,45% bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn với điều trị. Có 7 bệnh nhân không đáp ứng điều trị, những bệnh nhân này nên xem xét ngừng điều trị corcosterid, đây đa phần là những bệnh nhân nặng, xơ gan Child Pugh B, C tiên lượng xấu.

Có sự cải thiện nồng độ bilirubin toàn phần trung bình, men gan, PT% sau 7 ngày điều trị.

Khi theo dõi dọc nồng độ bilirubin toàn phần và chỉ số Maddrey cho biết xu hướng tiến triển của cả 33 bệnh nhân cho thấy ngày 7 giảm hơn ngày 1 chứng tỏ có sự đáp ứng điều trị. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Võ Thùy Trang [6]. Điểm Maddrey được xây dựng từ 2 thông số là bilirubin toàn phần và PTs, là 2 yếu tố quan trọng đánh giá chức năng gan, do vậy nó gián tiếp phản ánh chức năng gan.

Khi đánh giá về hiệu quả điều trị, chúng tôi nhận xét mối tương quan giữa hiệu quả và một số yếu tố như vàng da, cổ trướng, hội chứng não gan, mức độ tổn thương gan và mức độ mất bù của xơ gan, từ đó đúc rút kinh nghiệm và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị của từng nhóm bệnh nhân. Bệnh nhân có hội chứng não gan tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp 40%. Còn khi phân tích các yếu tố còn lại, ở cả hai nhóm có biến chứng và chưa có biến chứng đều có tỷ lệ đáp ứng điều trị đều cao. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở nhóm không có biến chứng cao hơn so với nhóm đã có biến chứng, 90,48% ở nhóm không cổ trướng so với 58,33% nhóm có cổ trướng, 85,71% nhóm viêm gan rượu so với 40% ở nhóm xơ gan rượu, xơ gan còn bù tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng điều trị cao hơn so với nhóm xơ gan mất bù. Vì vậy phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm tỏ ra hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân tổn thương gan rượu nặng tỷ lệ đáp ứng điều trị cao (78,78%). Có sự cải thiện lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm sau 7 ngày điều trị costicosteroid. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở nhóm không có biến chứng cao hơn so với nhóm đã có biến chứng. Bệnh nhân có hội chứng não gan tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp. Còn các yếu tố vàng da, cổ trướng, mức độ tổn thương gan và mức độ mất bù của xơ gan, ở cả hai nhóm có biến chứng và chưa có biến chứng đều có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Heron M., Hoyert D. L., Murphy S. L., et al**. (2009). Deaths: final data for 2006. Natl Vital Stat Rep, 57 (14), 1-134.
2. **Carithers R. L., Jr., Herlong H. F., Diehl A. M., et al.** (1989). Methylprednisolone therapy in patients with severe alcoholic hepatitis. A randomized multicenter trial. Ann Intern Med, 110 (9), 685-690.
3. **Palaniyappan N., Subramanian V., Ramappa V., et al.** (2012). The utility of scoring systems in predicting early and late mortality in alcoholic hepatitis: whose score is it anyway? Int J Hepatol, 624675.
4. **Mathurin P., Mendenhall C. L., Carithers R. L., et al.** (2002). Corticosteroids improve short-term survival in patients with severe alcoholic hepatitis (AH): individual data analysis of the last three randomized placebo controlled double blind trials of corticosteroids in severe AH. J Hepatol, 36 (4), 480-487.
5. **Louvet A., Naveau S., Abdelnour M., et al**. (2007). The Lille model: a new tool for therapeutic strategy in patients with severe alcoholic hepatitis treated with steroids. Hepatology, 45 (6), 1348-1354.
6. **Võ Thùy Trang** (2016). Nghiên cứu kết quả điều trị corticosteroid ở bệnh nhân tổn thương gan rượu, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, 15 - 57.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Hồng Phương*, Nguyễn Hữu Long*, Phan Việt Tâm Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp tim (RLNT) bằng năng lượng sóng có tần số Radio (RF) qua đường ống thông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 130 bệnh nhân (BN) bị (RLNT) có chỉ định thăm dò điện sinh lý và điều trị bằng RF tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Kết quả:** 27 BN bị ngoại tâm thu thất (NTTT) chiếm 20,8%; BN có cơn nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (NNVLNT), WPW điển hình và cơn nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất (NNVLNNT) tương ứng 18,4; 26,9 và 33,8%. Tỷ lệ thành công ngay sau thủ thuật chiếm tỷ lệ 98,5%. Có 2 BN có WPW typ B đốt không hiệu quả, sau 1 tháng tỷ lệ tái phát 7,7% là BN bị NTTT. Sau ba tháng không có thêm BN tái phát. Sau 3 tháng theo dõi, tỷ lệ thành công với chỉ một lần triệt đốt là 90,8% và tỷ lệ thành công chung 96,2%. Có 4 BN bị biến chứng nhẹ là tụ máu vị trí chọc mạch đùi và cường phế vị, không gặp trường hợp tử vong hoặc có biến chứng nặng. **Kết luận:** Tỷ lệ thành công ngay sau thủ thuật cao: 98,5%; tỷ lệ thành công 3 tháng theo dõi là 96,2%; trong đó tỷ lệ thành công triệt đốt NTTT là 81,5%, đường phụ là 86,5% và đường chậm trong tam giác Koch là 100%. Biến chứng nhẹ chiếm tỷ lệ 3,3%.

**Trung tâm Tim Mạch, Bệnh viện HN Đa Kkoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Long
Email: huulong.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khóa: Thăm dò điện sinh lý và điều trị RF, điều trị rối loạn nhịp tim.

SUMMARY

THE EFFICACY OF ARRHYTHMIA TREATMENT WITH RADIO FREQUENCY WAVE ENERGY VIA CATHETER ABLATION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objects: This study was designed to evaluate the efficacy of treatment method with radio frequency wave energy via catheter ablation. **Subjects and methods:** 130 patients with arrhythmia at Nghe An General Friendship Hospital, Who have indications to study and treat with radio frequency wave energy via catheter ablation. **Results:** There are 27 patients with ventricular ectopic beats accounting for 20.8%; Patient with atrioventricular re-entry tachycardia, typical WPW syndrome, and atrioventricular node re-entry tachycardia respectively 18.4%, 26.9% and 33.8%. The successful rate immediately after the ablation was 98,5%. Two patients with WPW type B was ablated unsuccessfully and after following-up 1 month, there were 10 patients relapse with ventricular ectopy beats accounted for 7.7%. After three months, there was no more patient relapse. The success rate after 3 months of follow-up with 1 time catheter ablation was 90.8% and 2nd catheter ablations were 96.2%. There were 4 patients with mild complications in the procedure, including hematoma in the femoral position and vagal hyperplasia, no death or severe complications. **Conclusion:** The success rate immediately after ablating was high: 98.5%.

The success rates after 1 and 3 months of follow-up were 90.8% and 96.2% respectively; of which the success rate of ablation with ventricular premature contraction is 81.5%, the accessory pathway is 86.5% and the slow pathway in the Koch triangle is 100%. There are 4 patients with mild complications, accounting for 3.3%.

Keywords: Electrophysiology study and radio frequency wave energy treatment; arrhythmia treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là bệnh khá thường gặp trong thực hành lâm sàng, là một trong những vấn đề phức tạp trong bệnh lý tim mạch. RLNT có thể liên quan đến rối loạn huyết động gây triệu chứng nguy hiểm như thỉu hoặc ngất, thậm chí có trường hợp dẫn tới tử vong. Mục tiêu điều trị RLNT là cải thiện các triệu chứng và dự phòng đột tử. Do đó, cần có chiến lược điều trị lâu dài bằng thuốc hoặc bằng phương pháp khác. Điều trị RLNT bằng thuốc có hiệu quả, tuy nhiên bị hạn chế bởi tỷ lệ tái phát cao, nguy cơ bị RLNT khác và ngộ độc do thuốc gây ra. Ngày nay có nhiều phương pháp điều trị có hiệu quả cao mà không dùng thuốc bao gồm triệt đốt qua đường ống thông, máy khử rung, và phẫu thuật [1].

Thăm dò điện sinh lý và triệt đốt RLNT bằng RF qua đường ống thông là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả cao, biến chứng thấp, cho phép phân tích chi tiết các cơ chế gây RLNT, vị trí và điều trị triệt để [2]. Tại Việt Nam phương pháp này đã triển khai từ năm 1998 tại Viện Tim Mạch Việt Nam, tại Nghệ An triển khai từ năm 2017 và đã ghi nhận những thành công bước đầu. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp tim bằng năng lượng sóng có tần số radio qua đường ống thông tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 130 BN có RLNT được thăm dò điện sinh lý và điều trị bằng RF tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 6/2017 đến 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

BN bị RLNT được chỉ định thăm dò điện sinh lý (TD ĐSL) và điều trị RF tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. Chỉ định và chống chỉ định dựa trên hướng dẫn của Hội Tim Mạch Hoa Kỳ/Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ/ Hội điện sinh lý và tạo nhịp Bắc Mỹ 2017 (AHA/ACC/NASPE) [1] cũng như đồng thuận của chuyên gia Hội nhịp học châu Âu/ Hội nhịp học Hoa kỳ 2017 (EHRA/HRS) [3].

BN có RLNT được triệt đốt bằng RF được lựa chọn theo trình tự thời gian, không phân biệt tuổi, giới và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có chống chỉ định làm thủ thuật: bệnh lý nội khoa nặng (nhiễm trùng tiến triển, ung thư, rối loạn đông máu ...). BN không tham gia nghiên cứu và những bệnh nhân mất theo dõi sau triệt đốt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên, mô tả, tiến cứu. Các BN đều được khám lâm sàng trước TD ĐSL, làm các xét nghiệm sinh hóa máu, huyết học, ghi điện tâm đồ bề mặt, Holter điện tim 24 giờ, siêu âm tim trước thủ thuật, sau 1 tháng và 3 tháng theo dõi. Các thông số TD ĐSL được ghi lại và phân tích trong và sau khi triệt đốt bằng RF. Các thông số đánh giá hiệu quả của phương pháp ngay sau thủ thuật, sau 1 và 3 tháng theo dõi. Số liệu được xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. *Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu*

Thông số	Giá trị
Nam/nữ (%nam)	68/62 (52,3%)
Tuổi trung bình (năm)	48,6 ± 16,6
Thời gian mắc bệnh (tháng)	9,1 ± 7,6
Số thuốc chống RLNT đã dùng	1,43 ± 0,5
Phân nhóm RLNT Ngoại tâm thu thất Cơn tim nhanh trên thất Hội chứng WPW	 27 (20,8%) 68 (52,3%) 35 (26,9%)

Nhận xét: tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Tất cả các BN nghiên cứu đã được điều trị ít nhất 1 thuốc chống lRLNT, trung bình là 1,43 ± 0,5 loại; phổ biến nhất là chẹn bêta giao cảm (88,5%) và amiodarone (46,2%).

3.2 Triệu chứng lâm sàng và bệnh lý đi kèm

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng và bệnh lý đi kèm

Thông số	Giá trị
Triệu chứng (n,%) Đánh trống ngực Đau ngực Thỉu hoặc ngất Khó thở	 109 (83,8%) 94 (72,3%) 8 (6,2%) 91 (70%)
Bệnh lý tim mạch (n,%): THA Bệnh mạch vành Tiền sử TBMN Suy tim (NYHA ≥ 2) Bệnh van tim	**31 (23,8%)** 23 (17,7%) 6 (4,6%) 0 (0%) 11 (8,5%) 2 (1,5%)

Nhận xét: 100% BN có ít nhất 1 triệu chứng cơ năng gồm đánh trống ngực, đau ngực, thỉu hoặc ngất, phổ biến nhất là đánh trống ngực 89,7%, BN bị NTTT có tỷ lệ triệu chứng cao, có 8 BN có ngất hoặc thỉu chiếm tỷ lệ 6,2%. Tỉ lệ mắc bệnh tim mạch là 23,8%, trong đó THA: 17,7%; suy tim lâm sàng (NYHA ≥ 2): 8,5%; bệnh mạch vành (đã chụp và can thiệp ĐMV qua da): 4,6%; tiền sử TBMN: 0 % và bệnh van tim: 1,5%.

3.3 Đặc điểm siêu âm tim trước triệt đốt

Bảng 3. Thông số siêu âm tim

Thông số	Giá trị
Nhĩ trái (mm)	34,4 ± 5,7 (21 – 54 mm)
Động mạch chủ (mm)	30,8 ± 3,6 (22 – 39)
Dd (mm)	49,1 ± 3,2 (43 – 64)

Ds (mm)	29,3 ± 2,9 (24 – 42)
EF (%)	62,6 ± 7,7 (47 – 86 %)
Kích thước thất phải (mm)	21,0 ± 2,7 (16 – 30)
Dd > 50 mm (n, %)	55 (42,3 %)
EF ≤ 50% (n, %)	6 (4,6 %)

Nhận xét: kết quả siêu âm tim có đường kính cuối tâm trương thất trái trung bình 49,1 ± 3,2 mmvà có 42,3% BN có Dd > 50 mm. Phân suất tống máu thất trái (EF) trung bình là 42,6 ± 7,7% và có 6/130 BN (4,6%) EF ≤ 50%.

3.4 Đặc điểm điện tâm đồ và điện sinh lý học tim

Bảng 4. Holter ĐTĐ bệnh nhân NTTT

Thông số	Giá trị
TST nhanh nhất (ck/ph)	100,2 ± 7,0
TST chậm nhất (ck/ph)	46,7 ± 6,4
TST trung bình (ck/ph)	64,5 ± 4,9
Tần suất rối loạn nhịp thất/ 24 giờ (n, %) (N=27)	28660 ± 7732 (28,67±7,73%)
NTTT đơn lẻ	12190 ± 3198
NTTT nhịp đôi	13313 ± 3238
NTTT nhịp ba	2879 ± 1619
NTTT chùm đôi	286 ± 362
Số cơn tim nhanh thất / 24 giờ *	0 %

Nhận xét: NTTT với số lượng nhiều, trung bình 28660 ± 7732 NTTT, với tỷ lệ tương ứng 28,67±7,73%. Khoảng ghép trung bình 495,2 ± 57,9 ms, có hình ảnh block nhánh trái hoàn toàn, thời gian QRS trung bình là 151,7 ± 13,7 ms. Có 68 BN ghi lại được cơn tim nhanh trên thất: QRS thanh mảnh với mức trung bình 93,8 ± 9,2 ms và khoảng PR trung bình là 231,9 ± 59,9 ms, chiều dài cơn tim nhanh trung bình 333,8 ± 41,7 ms. Có 35 BN bị WPW với 25 BN (71,4%) có blốc nhánh phải, QRS trung bình 151,7 ± 10,9 ms, khoảng PR trung bình 69,1 ± 10,5 và thời gian sóng Delta trung bình 82,5 ± 14,0 ms.

3.5 Kết quả điều trị RLNT bằng RF qua đường ống thông

3.5.1 Đặc điểm thời gian liên quan thủ thuật triệt đốt RLNT bằng RF*Bảng*

5. Đặc điểm thời gian liên quan thủ thuật triệt đốt RLNT bằng RF

RLNT	Thời gian thủ thuật (phút)	Thời gian chiếu tia (phút)	Thời gian triệt đốt (giây)	Số lần triệt đốt
NTTT (N=27)	49,6 ± 12,4	8,0 ± 3,6	207,1 ± 85,2	5,85 ± 4,78
Đường phụ (N=59)	48,8 ± 19,9	8,3 ± 4,3	250,4 ± 96,5	5,59 ± 4,26
Đường chậm (N=44)	47,4 ± 11,0	7,8 ± 3,2	165,4 ± 97,9	4,98 ± 3,87
p	0,81	0,8	0,000	0,65
Chung	48,5 ± 14,7	8,1 ± 3,8	101,3 ± 8,9	5,44 ± 4,22

Nhận xét: Thời gian thủ thuật ở nhóm NTTT, đường phụ và triệt đốt đường chậm trong tam giác Koch khác biệt không có ý nghĩa thống kê, thời gian triệt đốt đường phụ cao hơn đường chậm và NTTT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 (Bảng 5).

3.5.2 Đặc điểm kỹ thuật triệt đốt rối loạn nhịp tim bằng năng lượng sóng có tần số radio

Bảng 6. Phương pháp ghi điện thế sớm

STT	Nhóm	V-QRS (ms)	Khoảng giá trị
1	Chung (n = 62)	35,0± 8,6	13 – 53 ms
2	Nhóm NTTT (n = 27)	33,1 ± 6,5	21 – 43 ms
3	Nhóm WPW (n = 35)	36,5 ± 9,7	13 – 53 ms
p so sánh trung bình từng cặp giữa 2, 3> 0,05			

Nhận xét: Khoảng cách V-QRS trung bình giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05 (bảng 6). So sánh V-QRS trung bình giữa nhóm triệt đốt thành công (36,9 ± 7,7 ms) lớn hơn vị trí không thành công (24,9 ± 5,5 ms) có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 7. Thông số triệt đốt bằng tạo nhịp thất phải

Thông số	Vị trí thành công (n=22)	Không thành công (n=2)	p
Khoảng VA (ms)	58,6 ± 20,2	71,5 ± 14,8	0,39
Khoảng ST-A (ms)	97,8 ± 33,9	144,5 ± 16,3	0,08
Tỷ lệ A/V	0,24 ± 0,08	0,12 ± 0,01	**0,04**

Nhận xét: Mapping bằng tạo nhịp thất phải triệt đốt đường dẫn truyền phụ thể ẩn trong lúc tạo nhip thất phảivới chu kỳ 450 ms, tỷ lệ sóng A/V cao hơn có ý nghĩa thống kê so với vị trí không thành công.

3.6 Kết quả triệt đốt rối loạn nhịp tim bằng năng lượng sóng có tần số Radio

Bảng 8. Tỷ lệ thành công, thất bại, tái phát ngay sau thủ thuật

Vị trí triệt đốt (n=130)	Giá trị		Thành công (n,%)	Thất bại (n,%)
	n	%		
Ngoại tâm thu thất:	27	20,8	22 (81,5%)	5 (8,5%)
Đường ra thất phải	24	18,5	19 (70,4%)	5 (10,8%)
Xoang Valsava	3	2,3	3 (11,1%)	0
Đường phụ ẩn:	24	18,4	24 (100%)	0
Bên phải	5	3,8	5 (10,8%)	0
Bên trái	19	14,6	19 (79,2%)	0
Đường phụ điển hình:	35	26,9	33 (94,3%)	2 (5,7%)
Bên trái:	25	19,2	25 (100%)	0
Bên phải	10	7,7	8 (80%)	2 (20%)
Cơn NNVLNNT	44	33,9	44 (100%)	0

Nhận xét; Có 27 BN bị NTTT thất chiếm tỷ lệ 20,8%; đường phụ thể ẩn là 18,4%; WPW là 26,9% và cơn NNVLNNT chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,9% (Bảng 6). Ở nhóm NTTT tỷ lệ thành công chiếm 81,5% và có 5 ca thất bại ổ NTTT khởi phát ở đường ra thất phải chiếm 8,5%. Đường phụ ẩn bên trái chiếm 79,2% và bên phải 10,8% được triệt đốt thành công. Ở nhóm WPW tỷ lệ thành công 94,3%; bên trái có 25 ca chiếm 71,4% và có 2 ca tái phát là WPW bên phải chiếm tỷ lệ 5,7%.

Bảng 9. Tỷ lệ thành công, thất bại và tái phát theo thời gian

n = 130	Thành công (n,%)	Thất bại (n,%)	Tái phát (n,%)
Ngay sau đốt	128 (98,5%)	2 (1,5%)	0
1 tháng sau đốt	118 (90,8%)		10 (7,7%)
3 tháng sau đốt	125 (96,2%)	3 (2,3%)	0

Nhận xét: Tỷ lệ thành công ngay sau thủ thuật chiếm tỷ lệ 98,5%, có 2 ca WPW với đường phụ điển hình bên phải thất bại. Trong 1 tháng đầu sau thủ thuật có 10 ca tái phát đã được triệt đốt lần 2 và có 7 BN triệt đốt thành công, theo dõi sau 1 và 3 tháng. Sau 1 tháng theo dõi tỷ lệ thành công là 90,8%, sau 3 tháng theo dõi tỷ lệ là 96,2 % do 10 ca tái phát được triệt đốt lần 2 có 7 ca thành công và 3 ca thất bại chiếm tỷ lệ 7,7% và 2,3%.

3.7 Kết quả holter điện tâm đồ sau triệt đốt rối loạn nhịp tim

Bảng 10. Thông số Holter điện tâm đồ sau 3 tháng.

Thông số	Trước RF	Sau 3 tháng	p
TST cao nhất (ck/ph)	100,2 ± 7,0	97,7 ± 6,6	0,51
TST thấp nhất (ck/ph)	46,7 ± 6,4	47,0 ± 6,3	0,78
TST trung bình (ck/ph)	64,5 ± 4,9	63,9 ± 4,9	0,45
Tần suất rối loạn nhịp thất/24 giờ (n, %) (N=27).	28660 ± 7732 (28,67 ± 7,73%)	3226 ± 6543 (3,23 ±6,54 %)	0,00
NTTT đơn lẻ	12190 ± 3198	2299 ± 4980	0,00
NTTT nhịp đôi	13313 ± 3238	510 ± 1100	0,00
NTTT nhịp ba	2879 ± 1619	217 ± 543	0,00
NTTT chùm đôi	286 ± 362	0	0,00
Cơn tim nhanh thất	0 %	0	

Theo dõi siêu âm tim, điện tim và holter điện tâm đồ sau 3 tháng cho kết quả đường kính tâm trương thất trái > 50 mm giảm từ 42,3% xuống còn 36,9% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$và holter điện tâm đồ sau 3 tháng ghi nhận không còn sóng Delta ở nhóm WPW triệt đốt thành công, NTTT số lượng ít < 1% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. 130 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ tương ứng là 52,3%/ 47,7%, theo Kanagaratnam [4] là 58,3%; của Ouyang [5] là 53,3%. Thời gian phát hiện RLNT ngắn nhất là 1 tháng đến dài nhất là 36 tháng, ở nhóm cơn tim nhanh trên thất có thời gian trung bình 4,4 ± 7,6 tháng thấp hơn so với Rungroj Krittayaphong [6] là 36,7 ± 44,3 tháng.

100% BN có ít nhất 1 triệu chứng cơ năng, triệu chứng nặng ngất hoặc thỉu chiếm tỷ lệ 6,2% tương đồng với Rungroj Krittayaphong [6] (Bảng 2).

4.2 Đặc điểm siêu âm tim, holter điện tâm đồ và điện sinh lý tim

BN có phân suất tống máu thất trái < 50% là 4,6%, tỷ lệ thấp là do nhóm nghiên cứu chủ yếu là khỏe mạnh, không có bệnh lý nặng.

Holter điện tâm đồ trước thủ thuật ghi nhân NTTT số lượng nhiều ở nhóm có NTTT, đi chùm đôi, chùm ba và không ghi nhận cơn tim nhanh thất, rung thất.

TD ĐSL ở nhóm có NNVLNT hoặc WPW có bằng chứng tồn tại đường dẫn truyền phụ, và 100% BN có cơn NNVLNNT có bằng chứng của đường dẫn truyền kép với bước nhảy AH [8].

4.3 Kết quả triệt đốt RLNT bằng RF qua đường ống thông

Thời gian chiếu tia trung bình 8,1 ± 3,8 phút và thời gian thủ thuật trung bình là 48,5 ± 14,7 phút (Bảng 5), thấp hơn so với Trần Song Giang [8] là 15,7 ± 7,9 và 68,5 ± 19,1.

Chúng tôi áp dụng triệt đốt RLNT bằng phương pháp ghi điện thế sớm và trong mapping tạo nhịp vị trí đích với cường độ tiêu chuẩn 3 Volt – 0,2 ms có kết quả: 22/27 BN bị NTTT triệt đốt thành công chiếm 81,5% gồm 3 ca khởi phát xoang Valsava và 19 ca khởi phát ở đường ra thất phải và có 5 ca thất bại ổ NTTT khởi phát ở đường ra thất phải chiếm 8,5% tương đương với Rillig (86,6%) [7]. 19 BN đường phụ ẩn bên trái chiếm 79,2% và bên phải 10,8% được triệt đốt thành công. Ở nhóm WPW tỷ lệ thành công 94,3%; bên trái có 25 ca chiếm 71,4% và có 2 ca tái phát là WPW bên phải chiếm tỷ lệ 5,7%; triệt đốt đường phụ thành công chiếm 88,14% (Bảng 8). Có 5 ca khi triệt đốt NTTT hoàn toàn biến mất sau theo dõi khoảng 5 - 10 phút thì xuất hiện lại, triệt đốt nhiều lần không hiệu quả.

Tỷ lệ thành công ngay sau thủ thuật là 98,5% và sau 1 tháng và 3 tháng theo dõi tỷ lệ này lần lượt là 90,8 và 96,2% (Bảng 9). Với NTTT sau 3 tháng lam lại holter điện tâm đồ kết quả có NTTT số lượng ít < 1%, không có NTTT chùm đôi, chùm ba, không có cơn tim nhanh trên thất và WPW (Bảng 10).

Có 4 BN bị biến chứng nhẹ là tụ máu vị trí chọc mạch và cường phế vị chiếm tỷ lệ 3,3%

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 48,6 ± 16,6; tỷ lệ nam/ nữ tương ứng là 52,3% và 47,7%. Có 130 BN trong nhóm nghiên cứu gồm 27 BN bị NTTT (20.8%), 68 BN bị cơn tim nhanh trên thất (52.3%) và 35 BN bị hội chứng WPW (26.9%). Kết quả triệt đốt: Tỷ lệ thành công ngay sau triệt đốt RLNT là 98,5%, sau 1 tháng theo dõi là

90,8% và 96,2% là sau 3 tháng. Tỷ lệ biến chứng trong và sau thủ thuật thấp 3,3% là cường phế vị và tụ máu vị trí chọc mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stevenson WG Al-Khatib SM, Ackerman MJ, et al.** (2017) AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol 2018: p. 72:e91.
2. **Lucian Muresan, et al (2019).** Recommendations for the use of electrophysiological study: Update 2018. Hellenic Journal of Cardiology, 2019. 60(2): p. 82-100.
3. **Hugh Calkins, et al,** (2017). HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: executive summary. Europace, 2018.
4. **Tomassoni G Kanagaratnam L, Schweikert R, et al** (2001). Ventricular tachycardias arising from the aortic sinus of Valsalva: an under-recognized variant of left outflow tract ventricular tachycardia. J Am Coll Cardiol 2001. 37:1408-14.
5. **Fotuhi P Ouyang F, Ho SY, Hebe J, et al** (2002). , Repetitive monomorphic ventricular tachycardia originating from the aortic sinus cusp: electrocardiographic characterization for guiding catheter ablation. J Am Coll Cardiol 2002. 39: 500-8.
6. **Rungroj Krittayaphong, et al.**, Electrocardiographic predictors of long-term outcomes after radiofrequency ablation in patients with right-ventricular outflow tract tachycardia. Europace, 2006. 8(8): p. 601-606.
7. **Meyerfeldt U Rillig A, Birkemeyer R, Jung W** (2009). Ablation within the sinus of Valsalva for treatment of supraventricular and ventricular tachycardias: what is known so far? Europace, 2009 Sep. 11(9):1142-50.
8. **Trần Song Giang** (2012), Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý và điều trị nhịp nhanh do vòng vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng sóng có tần số radio, 2012, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THỦNG Ổ LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đặng Quốc Ái*, Kong Rotpisal*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét hành tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu ở 80 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét tá tràng ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2015 đến 10/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,7 ± 17,7 tuổi, 75% là nam giới và 25% là nữ giới. 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng thượng vị, 85,4% có liềm hơi dưới cơ hoành trên phim X Quang chup bụng không chuẩn bị. Thời gian mổ trung bình 63,94 ± 18,8 phút. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 64,40 ± 25,4 giờ. Thời gian nằm viện 6,81 ± 2,0 ngày. Không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng là một phẫu thuật an toàn và cho kết quả tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng.

SUMMARY

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY REPAIR OF PERFORATED DUODENAL ULCER IN HA NOI MEDICAL UNVERSITY HOSPITAL

Objective: evaluate the results of laparoscopic surgery repair of perforated duodenal ulcer. **Subjects and Methods**: we studied 80 patients underwent laparoscopic surgery repair of perforated duodenal ulcer in Ha Noi Medical university Hospital from 01/2015 to 12/2020 by the studied retrospectively method. **Results:** Mean age: 51,7 ± 17,7 years old with men:women ratio is men (75%): women (25%). Clinical and subclinical symptoms: Epigastric pain (100%), ASP with free air (85,4%). The operating time: 63,94 ± 18,8 ms (35 – 120 ms). Removing drainage after 64,40 ± 25,4 h. The hospital stay: 6,81 ± 2,0 days. Conversation to laparatomy on 0 patient. No complications after surgey. **Conclusion:** After the study, we reliazed that the surgery has a good result, high safety, low rate of complications and can be performed in hospitals that have well–trained surgeons and anesthesists.

Keywords: Laparoscopic surgery, perforated duodenal ulcer, the hospital stay, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp, đứng thứ hai sau biến chứng chảy máu của bệnh loét dạ dày tá tràng[7]. Phương pháp điều trị chủ yếu hiện nay là ngoại khoa. Phẫu thuật nội soi ra đời đã mở ra một cuộc cách mạng trong y học[4]. Hàng loạt các cuộc phẫu thuật theo phương pháp kinh điển đã được thay thế bằng phẫu thuật nội soi, trong đó có khâu lỗ thủng loét dạ dày tá tràng. Đây là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, ít đau, phục hồi sớm, tính thẩm mỹ cao, hạn

**Đại học y hà nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái
Email: drdangquocai@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

chế được các biến chứng như tắc ruột, nhiễm trùng vết mổ [8]. Tại BV Đại Học Y Hà Nội, phương pháp phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng đã được thực hiện kể từ những ngày đầu thành lập bệnh viện, để đánh giá kết quả của phẫu thuật này, chúng tôi thực hiện nguyên cứu đề tài **"**Kết quả phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét hành tá tràng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội" với mục tiêu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét hành tá tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả những bênh nhân được chẩn đoán sau mổ là thủng ổ loét tá tràng và đã được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 10 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: Thuận tiện.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 10 năm 2020 có 80 bệnh nhân, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,7 ± 17,7 tuổi. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 14 và tuổi lớn nhất là 89. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 75%, nữ giới ít gặp gặp hơn với tỷ lệ 25%. Với 43,75% có tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng. 37,5% có hội chứng nhiễm trùng khi vào viện và không có trường hợp nào có dấu hiệu sốc nhiễm trùng.

100% bệnh nhân nhập viện vì đau bụng, trong đó 77,1% đau đột ngột vùng thương vị như dao đâm. 22,9% đau âm ỉ. 50% phản ứng thành bụng, bụng cứng như gỗ 50% cảm ứng phúc mạc 29,2%. Triệu chứng nôn và bí trung đại tiện chiếm tỉ lệ lần lượt là 12,5% và 16,7%.

X – Quang có liềm hơi dưới cơ hoành gặp ở 85,4% bệnh nhân. Siêu âm ổ bụng 77,1% bệnh nhân có dịch và khí tự do trong ổ phúc mạc. 41,7% bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và kết quả là 100% có dịch và khí tự do trong ổ phúc mạc.

3.2. Tổn thương trong mổ

Có 22,9% ổ bụng sạch với ít dịch, ít giả mạc tập trung ở dưới gan. 31,3% ổ bụng bẩn với nhiều dịch đục, nhiều giả mạc tập trung ở dưới gan. 45,8% rất bẩn với nhiều giả mạc, nhiều dịch đục lan tỏa toàn bộ ổ bụng.

100% vị trí ổ loét ở mặt trước tá tràng, 91,7% là loét non, 8,3% loét xơ chai. Đường kính lỗ thủng gặp chủ yếu là 5-10mm với 85,4%. Có 12,5% đường kính lỗ thủng ≥ 10mm và 2,1% đường kính lỗ thủng < 5mm. 100% các cơ quan khác trong ổ bụng không quan sát thấy tổn thương phối hợp.

3.3 Kết quả phẫu thuật

Với 77% trường hợp sử dụng 3 trocar, có 23% trường hợp sử dụng 4 trocar. Chủ yếu bệnh nhân được khâu lỗ thủng bằng kỹ thuật khâu mũi chữ X với 83,3% và 16,7% khâu mũi rời. Trong đó có 26,3% trường hợp phải đắp kèm mạc nối lớn. Số lượng dịch rửa ổ phúc mạc trung bình là 2760,4 ± 1220,3 ml:

nhiều nhất là 6000 ml, ít nhất là 1000 ml. Có 52,1% đặt một dẫn lưu dưới gan và 41,7% cần đặt thêm một dẫn lưu ở Douglas. Thời gian phẫu thuật trung bình là 63,94 ± 18,8 phút, nhanh nhất là 35 phút và lâu nhất là 120 phút. Thời gian trung tiện trung bình là 46,54 ± 23,3 giờ, sớm nhất là 12 giờ, muộn nhất là 90 giờ. Thời gian rút sond dạ dày sau mổ trung bình là 64,40 ± 25,4 giờ, sớm nhất 24 giờ và muộn nhất là 120 giờ sau mổ. 100% các trường hợp đều có điểm VAS < 4, chủ yếu đau ở mức nhẹ (91,6%). 91,6% bệnh nhân có sử dụng thuốc giảm đau sau mổ và giảm đau được sử dụng là paracetamol truyền tĩnh mạch.

Không gặp bất kỳ tai biến nào trong mổ. 1(1,25%) biến chứng sau mổ ngày thứ nhất với viêm phúc mạc do lỗ thủng lớn khâu không kín qua nội soi và bệnh nhân này phải mổ lại để xử lý (mổ mở). Thời gian nằm viện trung bình là 6,81 ± 2,0 ngày, sớm nhất là 3 ngày và lâu nhất là 16 ngày. 98,75% bệnh nhân điều trị đạt kết quả tốt sau mổ và ra viện. 1,25% có kết quả trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 80 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 51,7 ± 17,7 tuổi, chủ yếu từ 20 - 60 tuổi chiếm 66,7%, đặc biệt độ tuổi từ 51-60 chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 27,1%, thấp nhất là độ tuổi dưới 20 và trên 81 với tỷ lệ 4,2%. Nam giới chiếm chủ yếu với 75% trường hợp và nữ giới chiếm 25%.

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện chủ yếu với triệu chứng đau bụng (100%), bí trung đại tiện gặp 16,7% và nôn gặp 12,5%. Bệnh nhân đến viện với tình trạng chủ yếu đau bụng dữ dội vùng thượng vị. Tương tự nghiên cứu của Trần Mạnh Cường với tình trạng đau bụng xuất hiện ở 100% [2]. Phản ứng thành bụng (24 bệnh nhân) chiếm 50% và bụng cứng như gỗ (24 bệnh nhân) chiếm 50%, kết quả này tương tự Vũ Đức Long [5]. Chúng tôi gặp 85,4% có hình ảnh x-quang liềm hơi dưới cơ hoành, siêu âm phát hiện 77,1% có dịch và khí ổ bụng, kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu của tác giả khác như của Trần Quốc Bình [1] X-Quang phát hiện liềm hơi dưới cơ hoành là 82,02%.

Trong mổ chúng tôi nhận thấy tình trạng ổ bụng: Sạch 22,9%, bẩn 31,3% và rất bẩn 45,8%. Tất cả 100% đều có vị trí loét ở mặt trước tá tràng với 91,7% ổ loét non và đường kình lỗ thủng chủ yếu từ 5 – 10 mm (85,4%). Kết quả này cũng tương tự các tác giả Lê Huy Cường[3].

Với 80 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần trong mổ sử dụng 3 trocar (77%). Khâu lỗ thủng mũi chữ X đơn thuần chiếm phần lớn 83,3%. BN sử dụng lượng dịch rửa trung bình là 2760,4 ± 1220,3 ml. 52,1% bệnh nhân đặt dẫn lưu dưới gan, 41,7% đặt 2 dẫn lưu một dưới gan và một Douglas. 100% các trường hợp đều có điểm VAS < 4. Bệnh nhân chủ yếu đau ở mức nhẹ (91,6%).100% không gặp tai biến trong mổ, 1,25% (1 bệnh nhân) có biến chứng viêm phúc mạc sau mổ do lỗ khâu không kín gây rò dịch tiêu hóa vào ổ bụng và phải mổ mở lại để xử ly, sau đó bệnh nhân ổ định và xuất viện sau 16 ngày. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Kết quả này cũng tương đương các tác giả của Hồ Hữu Thiện [6] 91% BN khâu lỗ thủng bằng mũi chữ X, lượng dịch rửa trung bình 1200 ± 520ml. Ít

nhất 200ml, nhiều nhất 3500ml. Tác giả Lê Huy Cường [3] đặt dẫn lưu dưới gan 61,9% và kết hợp đặt ở Douglas 38,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với thời gian phẫu thuật trung bình: 63,94 ± 18,8 phút, nhanh nhất 35 phút, dài nhất 120 phút. Thời gian trung tiện trung bình là 46,54 ± 23,3 giờ sau mổ, sớm nhất là 12 giờ, muộn nhất là 90 giờ. Thời gian rút sond dạ dày trung bình là 64,40 ± 25,4 giờ. Thời gian nằm viện trung bình: 6,81 ± 2,0 ngày, sớm nhất là 3 ngày và lâu nhất là 16 ngày. Kết quả này cũng tương tự tác giả Lê Huy Cường [1] với thời gian phẫu thuật 70,4 ± 15,3 phút, thời gian trung tiện và rút sond dạ dày là 3 ngày, thời gian nằm viện 6,3 ± 0,7 ngày.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét tá tràng là khả thi, an toàn và hiệu quả vì phẫu thuật này đơn giản, ít đau, vết mổ thẩm mỹ, bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, giúp bệnh nhân sớm hòa nhập với cuộc sống, giảm một phần gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Bình**. (2002). Nghiên cứu kết quả bước đầu điều trị thủng ổ loét xơ chai hành tá tràng kết hợp điều trị nội khoa sau mổ - Tại bệnh viện Saint Paul Hà Nội từ 6/1999 đến 6/2002. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Mạnh Cường** (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng tại bệnh viện Bạch Mai từ năm 2013-2018. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Huy Cường.** (2012). Kết quả sớm điều trị thủng loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Kỷ Yếu Hội Nghị Khoa Học An Giang. 48-56.
4. **Nguyễn Văn Dũng** (2008). Khâu thủng loét dạ dày tá tràng qua nội soi ổ bụng. Tạp chí Y học TP HCM.
5. **Vũ Đức Long** (2008). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị thủng ổ loét tá tràng. Luận án tiến sĩ y học, Học viên Quân Y.
6. **Hồ Hữu Thiện** (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. **Trần Thiện Trung** (2013). Thủng ổ loét dạ dày tá tràng, bệnh học ngoại khoa tiêu hóa. Trường Đại Học Y Dược TP HCM. 119-26.
8. **LAU W.Y LKL, et al**.(1996). A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique. Ann Surg. 224 (2)1131-1138.

NGHIÊN CỨU THANG ĐIỂM MODIFIED GRAEB TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO - NÃO THẤT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Ngọc Hòa[1], Đinh Văn Tiệp[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò tiên lượng của thang điểm Graeb (oGS) và modified Graeb (mGS) trên 39 bệnh nhân (BN) xuất huyết não - não thất điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghicứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang bằng cách thu thập và phân tích các yếu tố bao gồm: tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, phương pháp điều trị và kết cục của BN ngay khi ra viện và sau 30 ngày. **Kết quả:** BN nữ chiếm 41%, độ tuổi trung bình là 64. Có 5 BN được chụp mạch não, 01 BN (2,6%) bị dị dạng mạch não. Chỉ có 5,1% BN được thực hiện dẫn lưu não thất, còn lại 94,9% BN điều trị nội khoa tích cực. Có 41% BN có kết cục xấu sau 30 ngày, trong có 6 BN tử vong. BN với điểm oGS, mGS cao có liên quan với kết cục xấu. Các yếu tố tiên lượng khác như điểm Glasgow, ICH, thể tích khối máu tụ cũng có mối liên quan tương tự. **Kết luận:** Xuất huyết não - não thất thường xảy ra ở BN trung niên và già, kết cục xấu gặp ở 41% BN. Thang điểm oGS và mGS khi vào viện có thể cân nhắc như là một yếu tố tiên lượng độc lập với kết cục của BN.

**Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An;*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hòa
Email: drnguyenngochoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khóa: xuất huyết não – não thất, thang điểm Graeb, tiên lượng kết cục.

SUMMARY

THE PROGNOSIS ROLE OF MODIFIED GRAEB SCORE FOR CEREBRAL-INTRAVENTRICULAR HAEMORRHAGE TREATED IN NGHEAN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To study clinical and sub-clinical features and the prognostic role of Graeb score and modified Graeb score on 39 patients with cerebral-intraventricular haemorrhage treated at Nghean General Friendship Hospital. **Subjects and Methods:** Prospective cross-sectional study on the 39 patients by collecting and analyzing some factors such as medical history, clinical symptoms, neuroimaging, laboratory tests, treatments and outcomes at discharge and at the 30-day follow-up. **Results:** There were 16 female (41%) and 23 male (59%) patients, with an average age of 64 years. The most common symptom was hemiplegia (84.6%). Only five patients were undergone vascular neuroimaging, one patient (2.6%) had cerebral vascular abnormalities. Two patients (5.1%) underwent external ventricular drainage while the remaining 37 patients (94.9%) received only intensive internal treatment. Sixteen patients (41.02%) had poor outcomes, of which 6 died, at 30 days after discharge. Patients with higher Graeb, modified Graeb scores were associated with an unfavorable outcome at the 30-day follow-up. Other prognostic factors such Glasgow coma score, ICH score and hematoma volume were

also similarly correlated. **Conclusion:** Cerebral-intraventricular haemorrhage commonly occurred in middle-aged and old-aged patients, with a poor outcome in 41% of patients. Only 5.1% of patients underwent external ventricular drainage, and 12.8% of patients were performed cerebral vascular neuroimaging. Graeb and modified Graeb scores at admission could be considered as independent prognostics factors for patient outcomes.

Keywords: cerebral-ventricular haemorrhage, Graeb score, outcome prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não - não thất chiếm từ 30-40% BN xuất huyết não, được định nghĩa với xuất huyết trong nhu mô não và có sự hiện diện của máu trong não thất. Nguyên nhân gây bệnh đa dạng, gồm tăng huyết áp, bệnh mạch não nhiễm bột hay các bất thường về mạch máu như phình mạch não, dị dạng thông động tĩnh mạch não, hay các bất thường về chức năng đông máu. Tuổi thọ trung bình ngày càng tăng đồng thời với tăng nhanh các bệnh lý chuyển hóa làm gia tăng tỉ lệ mắc bệnh của bệnh lý đột quỵ nói chung và xuất huyết não – não thất nói riêng gây nên gánh nặng lớn với hệ thống y tế và xã hội [5]. Tuy vậy các đặc trưng lâm sàng, các vấn đề tiên lượng và hướng dẫn điều trị cụ thể của xuất huyết não- não não thất còn chưa được đề cập cụ thể trong các hướng dẫn điều trị. Các thang điểm lâm sàng như Glasgow, ICH, IVH... đã được sử dụng để tiên lượng với BN xuất huyết não nói chung.

Mặc dù vậy, sự hiện diện của máu trong não thất và thể tích máu trong não thất đã được chứng minh là một yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết cục của xuất huyết não não thất. Với mong muốn góp phần cải thiện tiên lượng và kết cục của BN xuất huyết não-não thất chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN xuất huyết não thất điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2 . Đánh giá giá trị thang điểm oGS, mGS và các yếu tố tiên lượng khác trong tiên lượng tử vong và tiên lượng kết cục chức năng tại thời điểm 30 ngày sau ra viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2020, 39 BN được chẩn đoán xác định xuất huyết não-não thất điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. BN với xuất huyết nhu mô não đơn thuần, xuất huyết não do chấn thương, xuất huyết dưới nhện hoặc tiền sử đột quỵ với thang điểm modified Rankin scale (mRS) từ 4 điểm trở lên được loại trừ khỏi nghiên cứu. Tất cả BN và người đại diện đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.3. Thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập gồm tiền sử bệnh, triệu chứng khởi phát, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết cục thần kinh. Điểm oGS và mGS được sử dụng để ước lượng thể tích máu trong não thất. Theo dõi điều trị liên tục từ khi BN nhập viện đến khi ra viện. Kết cục thần kinh được đánh giá bằng thang điểm mRS qua gọi điện thoại hoặc khám trực tiếp sau 30 ngày kể từ khi BN ra viện. Kết cục tốt tức là mRS từ 0 đến 3 điểm, kết cục xấu từ 4 đến 6 điểm.

2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 (sản phẩm của tập đoàn IBM, Hoa Kỳ). Giá trị p $\leq 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

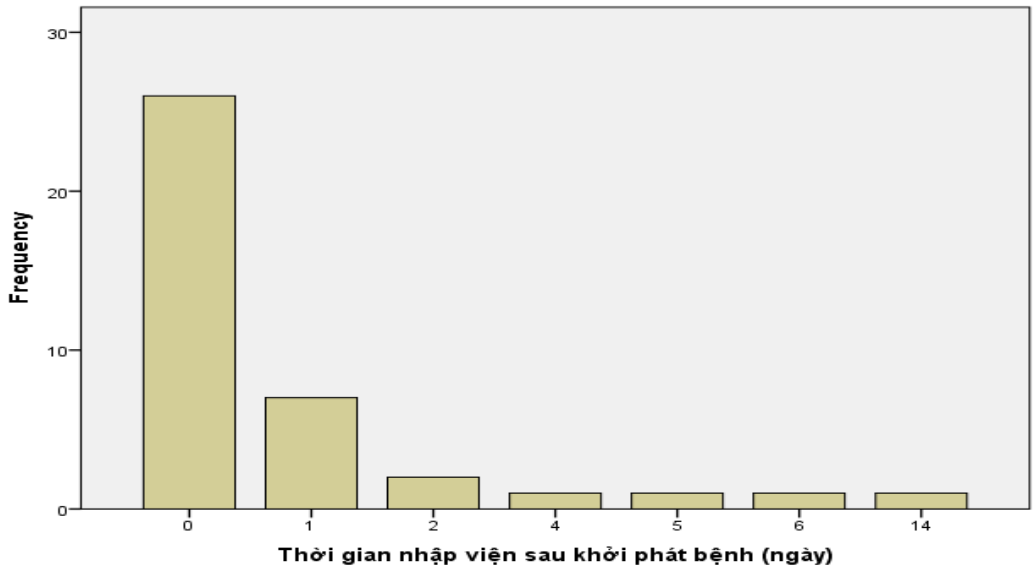
3.1.1. Phân bố tuổi và giới tính ở BN nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dưới 40 tuổi	1	2,6
Từ 40 đến dưới 80 tuổi	33	84,6
Trên 80 tuổi	5	12,8
Tổng	**39**	**100**

Trong 39 BN nghiên cứu, phần lớn có tuổi từ 40 đến 79 tuổi. Độ tuổi trung bình là 64. BN nam chiếm nhiều hơn so với BN nữ, 59% so với 41%.

3.1.2. Thời gian từ khởi phát đến khi nhập viện



Biểu đồ 3.1. Thời gian nhập viện từ khi khởi phát bệnh

Đa số BN vào viện vào ngày thứ nhất (27 BN, chiếm 69,2%) và ngày thứ 2 sau khi bệnh khởi phát. Tuy nhiên còn sốt ít BN đến bệnh viện muộn, và muộn nhất là 14 ngày sau khi bệnh khởi phát.

3.2. Đặc điểm tiền sử BN

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử BN

Tiền sử bệnh		Tần số	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc lá (hoặc thuốc lào)		8	20,5
Uống rượu thường xuyên		7	17,9
Tăng huyết áp		33	84,6
Đái tháo đường		0	0
	Không có tiền sử bệnh tim	36	92,3

Bệnh tim	Bệnh mạch vành	2	5,1
	Suy tim	1	2,6
Thuốc chống đông		2	5,1
Tiền sử đột quỵ		3	7,7

Tiền sử các BN cho thấy đa phần (84,6%) có tăng huyết áp trước đó, hút thuốc lá hoặc thuốc lào chiếm 20,5 %, lạm dụng rượu 17,9 % và đang dùng thuốc chống đông chiếm 5,1 %. Không có BN trong nhóm nghiên cứu có tiền sử đái tháo đường, chỉ 1 BN đã được chẩn đoán và điều trị suy tim.

3.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng BN nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Tần số	Tỉ lệ
Nhóm Glasgow	Glasgow từ 3-8	4	10,3%
	Glasgow từ 9-12	10	25,6%
	Glasgow từ 13-15	25	64,1%
Nhóm HA	HA dưới 140	4	10,3%
	HA từ 140 - 179	24	61,5%
	HA từ 180	11	28,2%
Hội chứng tăng áp lực nội sọ	Dương tính	19	48,7%
Liệt nửa người	Dương tính	33	84,6 %
Liệt thần kinh sọ	Dương tính	27	69,2%
Co giật	Có	1	2,6 %

Đa số BN xuất huyết não thất vào viện có ý thức tỉnh, hoặc ý thức ngủ gà 64,1%, có 25,6% BN hôn mê có điểm Glasgow từ 9 đến 12 điểm, số ít BN (10,3%) hôn mê sâu có điểm glasgow từ 8 điểm trở xuống. Huyết áp tâm thu cao trên 140 mmHg chiếm đa số (99,7%) BN khi vào viện, có 28,2% BN có tăng huyết áp cấp cứu (> 180mmHg). Liệt nửa người xảy ra ở 84,6% thường là nguyên nhân đưa BN vào viện, hội chứng tăng áp lực nội sọ xảy ra ở 48,7% BN khi vào viện, hội chứng màng não không ghi nhận trong các BN được nghiên cứu. Triệu chứng co giật chỉ xảy ra ở 1 trên 39 BN nghiên cứu.

3.3.2. Đặc điểm cận lâm sàng.

Bảng 3.4. Đặc điểm khối máu tụ

		Tần số	Tỉ lệ %
Thể tích máu tụ	V máu tụ dưới 30 ml	32	82,1
	V máu tụ trên 30 ml	7	17,9
	Tổng	39	100

Đa số BN có thể tích máu tụ dưới 30ml (chiếm 82,1%).

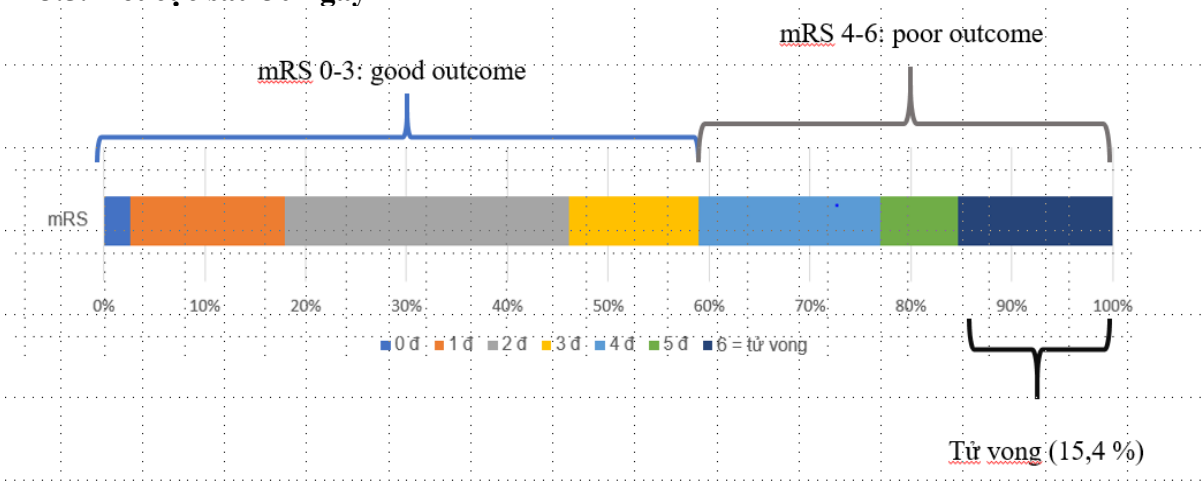
3.4. Nguyên nhân gây bệnh

Bảng 3.5. Nguyên nhân xuất huyết não – não thất

		Tần số	Tỉ lệ
Nhóm nguyên nhân	Rối loạn đông máu	2	5,1
	THA	36	92,3
	Phình mạch não	1	2,6
	Tổng	39	100

Đa số nguyên nhân gây xuất huyết não- não thất là tăng huyết áp. Rối loạn đông máu chỉ chiếm 5,1 %, phình mạch não vỡ chiếm 2,6 %.

3.5. Kết cục sau 30 ngày



Sơ đồ 3.2. Kết cục sau 30 ngày

BN tử vong sau 30 ngày chiếm 15,4%. Tàn tật nặng hoặc tử vong chiếm 41%.

3.6. Các yếu tố tiên lượng kết cục BN xuất huyết não não thất

3.6.1. Tiên lượng tử vong

Bảng 3.6. Ý nghĩa thống kê của các yếu tố tiên lượng tử vong

	Nhóm điểm	Giá trị p
Glasgow	Glasgow 3-8	p< 0,001
	Glasgow 9-12	
	Glasgow 13-15	
Thể tích máu tụ	Thể tích dưới 30ml	p < 0,001
	Thể tích trên 30 ml	
Điểm ICH	ICH từ 1-3	p< 0,001
	ICH từ 4-6	
Điểm oGS	oGS từ 1-4	p = 0,006
	oGS từ 5-12	
Điểm mGS	mGS từ 1-8	p< 0,001
	mGS từ 9-24	
	mGS từ 25- 32	

Thang điểm Glasgow, ICH, oGS, mGS và thể tích máu tụ đều có tương quan với tỉ lệ tử vong với ý nghĩa thông kê.

3.6.2. Tiên lượng kết cục

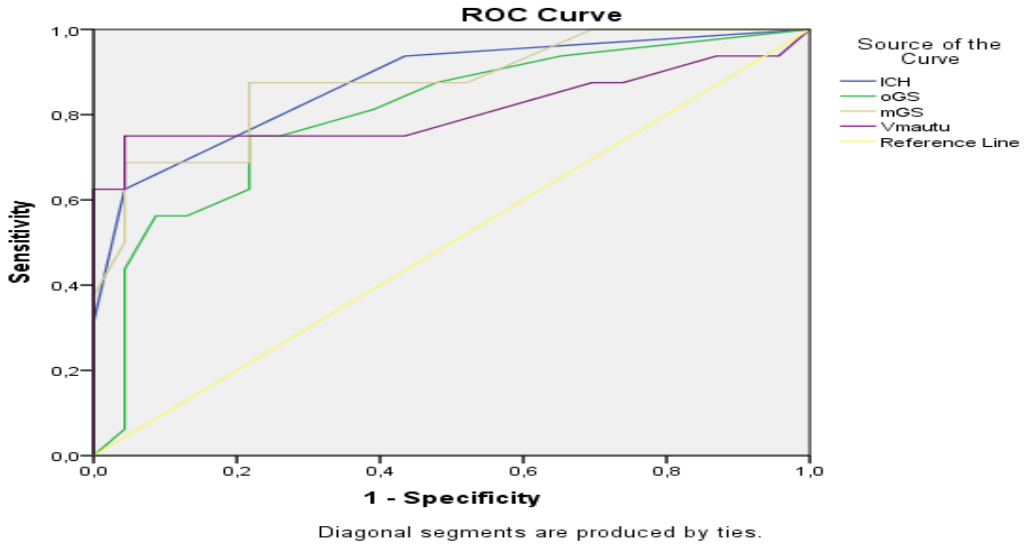
Bảng 3.7. Ý nghĩa thống kê của yếu tố tiên lượng kết cục

	Nhóm điểm	Giá trị p
Điểm ICH	ICH từ 1-3	p = 0,008
	ICH từ 4-6	
Điểm oGS	oGS từ 1-4	p = 0,003
	oGS từ 5-12	
Điểm mGS	mGS từ 1-8	p< 0,001
	mGS từ 9-24	
	mGS từ 25- 32	

Điểm ICH, oGS, mGS tương quan có ý nghĩa thống kê với kết cục của bệnh.

3.6.3. So sánh giá trị của các yếu tố tiên lượng

Theo biểu đồ 3.3, các thang điểm oGS, ICH, mGS, tích máu tụ đều có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với kết cục bệnh. Điểm ICH có ý nghĩa tiên lượng tốt với diện tích dưới đường cong 0,874, mGS có diện tích dưới đường cong 0,872, oGS là 0,802.



Sơ đồ 3.3. Biểu đồ AUROC các yếu tố tiên lượng kết cục bệnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm chung

BN nghiên cứu có độ tuổi từ 40 đến trên 80 tuổi. Trong 39 BN nghiên cứu phần lớn có tuổi từ 40 đến 79 tuổi, chỉ có 2,6% tổng số BN dưới 40 tuổi và 12,8% BN trên 80 tuổi, tuổi mắc bệnh thấp nhất là 36 tuổi và cao nhất là 96 tuổi. Castano Avila và cộng sự (2013)[2] đã tiến hành một nghiên cứu hồi

cứu trên 42 trường hợp chảy máu não thất được bằng tiêu sợi huyết não thấtđiều trị , cũng nhận thấy độ tuổi trung bình của BN chảy máu não thất là 58,36 ± 16,67 tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

BN nữ giới chỉ chiếm 41% thấp hơn nam giới chiếm tới 59%, tương tự với nghiên cứu của Lương Quốc Chính [1], tỉ lệ BN nam giới chiếm tới 66,7% ở nhóm chứng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian kể từ khi khởi phát đến lúc nhập viện phổi biến nhất là vào ngày thứ nhất (69,2%), tỉ lệ này gần với nghiên cứu của Lương Quốc Chính [1] có 66.7 % BN ở nhóm chứng vào viện trong 6h từ khi bệnh khởi phát.

4.1.2. Tiền sử bệnh

Tăng huyết áp trước khi vào viện chiếm tỉ lệ tới 84,6%. Tỉ lệ BN hút thuốc lá thường xuyên (17,9%), lạm dụng rượu (20,5%) là khá cao. Tỉ lệ BN nghiện rượu bia ở BN xuất huyết não theo Nguyễn Hữu Tín (2004) là 24.5%. Tỉ lệ BN hút thuốc lá là 17,9 % cao hơn so với nghiên cứu của Tăng Việt Hà là 11,6%, cao hơn nghiên cứu của Lương Quốc Chính [1] là 8,9% ở nhóm chứng.

4.1.3. Nguyên nhân gây bệnh

Nguyên nhân hàng đầu của xuất huyết não-não thất là tăng huyết áp chiếm tới 92,3%, ít gặp hơn là rối loạn đông máu (5,1%), dị dạng mạch máu não (2,6%). Khác với nghiên cứu của Graeb và cộng sự (1982) dị dạng mạch máu não chiếm tới 33% [3], điều này có thể do trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 5 BN (12,8%) được chụp mạch não.

4.1.4. Triệu chứng lâm sàng

BN rối loạn ý thức với điểm Glasgow từ 12 điểm trở xuống chiếm 35,1%. Rối loạn ý thức liên quan đến tử vong do đe dọa đường thở, tuần hoàn, liên quan tới kích thước khối máu tụ, việc điều trị đòi hỏi thời gian kéo dài và kết cục xấu.

4.1.5. Đặc điểm cận lâm sàng và khối máu tụ

CLVT sọ não để chẩn đoán hầu hết được thực hiện trước 6h từ khi nhập viện. Việc thực hiện chẩn đoán hình ảnh còn thấp, chỉ 29,4% BN được thực hiện chẩn đoán hình ảnh mạch máu như DSA, CTA hay MRA. Thể tích khối máu tụ dưới 30ml chiếm 82,1% số BN nghiên cứu. Thể tích khối máu tụ trên 30 ml có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với tăng tỉ lệ tử vong.

4.1.6. Kết cục BN nghiên cứu

Tỉ lệ BN kết cục xấu (mRS 4-6 điểm) là 41%, BN kết cục tốt (mRS 1-3 điểm) là 59%. Tỉ lệ tử vong là 15,4%.

4.2. Vai trò thang điểm oGS , mGS và các yếu tố tiên lượng khác trong tiên lượng BN xuất huyết não - não thất.

Thang điểm mGS có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ tử vong và mức độ tàn tật. Tất cả BN có điểm mGS 25-32 có mức tàn tật nặng sau 30 ngày, 71% BN có mGS từ 9-24 có mức tàn tật sau 30 ngày, 35% BN mGS từ 1-8 đó mức tàn tật nặng. Như vậy, BN với mGS > 9 điểm và mGS > 24 có mối tương quan với tăng lỷ lệ tử vong và mức độ tàn tật. Điểm mGS cao tương ứng lượng máu tụ trong não thất cao và tỉ lệ tử vong cũng như tàn tật là cao hơn so với nhóm có điểm mGS thấp. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Morgan [6], nghiên cứu của Guo [4].

Thang điểm oGS tương quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu.

Thang điểm oGS cũng tương quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tàn tật, với điểm oGS trên 4 có 66,7% BN có mức độ tàn tật nặng hoặc tử vong (mRS 4-6), với điểm oGS dưới 5 có 19% BN có kết cục xấu.

Phân tích diện tích dưới đường cong ROC của Glasgow, oGS, mGS, ICH, và thể tích khối máu tụ cho thấy giá trị tiên lượng kết cục của các công cụ này có ý nghĩa thống kê tương tự nghiên cứu của Trifan [7]. So sánh diện tích dưới đường cong của các thang điểm trên cho thấy thang điểm Glasgow giá trị tiên lượng kết cục tử vong tốt nhất. So sánh thang điểm mGS và oGS cho thấy mGS có giá trị tiên lượng kết cục tử vong tốt hơn với AUROC là 0,872. Kết quả này cho thấy hiệu quả hơn trong tiên lượng tử vong của các thang điểm trên, và thang điểm mGS hoàn toàn có thể thay thế oGS trong tiên lượng tử vong trong xuất huyết não- não thất.

V. KẾT LUẬN

Các thang điểm tiên lượng Glasgow, ICH, thể tích khối máu tụ, mGS, oGS đều có tương quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ tử vong và kết cục. Thang điểm mGS hoặc oGS thể sử dụng như một yếu tố tiên lượng độc lập trong tiên lượng BN xuất huyết não não thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Quốc Chính** (2017), Hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng Alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp, Tạp chí nghiên cứu y học, số 102, tr. 101-110.
2. **S. Castano Avila, E. Corral Lozano, A. Vallejo De La Cueva, J. Maynar Moliner, A. Martin Lopez, F. Fonseca San Miguel, J. A. Urturi Matos, và A. Manzano Ramirez** (2013), Intraventricular hemorrhage treated with intraventricular fibrinolysis. A 10-year experience, Med Intensiva, 37(2), p. 61-6.
3. **D. A. Graeb, W. D. Robertson, J. S. Lapointe, R. A. Nugent, và P. B. Harrison** (1982), Computed tomographic diagnosis of intraventricular hemorrhage. Etiology and prognosis, Radiology, 143(1), p. 91-96.
4. **R. Guo, R. Chen, Z. Yu, R. Tian, Y. Ren, C. You, và L. Ma**, (2019), Clinical Features and Prognosis of Primary Intraventricular Hemorrhage in Elderly: Single-Center Experience, World Neurosurg, S1878-8750(18)32937-1
5. **H. Lee, Y. S. Nam, và K. M. Lee** (2015), Development-assistance Strategies for Stroke in Low- and Middle-income Countries, J Korean Med Sci, 30 Suppl 2, S139-42.
6. **T. C. Morgan, J. Dawson, D. Spengler, K. R. Lees, C. Aldrich, N. K. Mishra, K. Lane, T. J. Quinn, M. Diener-West, C. J. Weir, P. Higgins, M. Rafferty, K. Kinsley, W. Ziai, I. Awad, M. R. Walters, D. Hanley, Clear, và Vista Investigators** (2013), The Modified Graeb Score: an enhanced tool for intraventricular hemorrhage measurement and prediction of functional outcome, Stroke, 44(3), p. 635-41.
7. **G. Trifan, B. Arshi, và F. D. Testai** (2019), Intraventricular Hemorrhage Severity as a Predictor of Outcome in Intracerebral Hemorrhage, Front Neurol, 10, 2019, 217.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT COIL TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Ngọc Hòa[1], Dương Đình Chỉnh[2], Lê Quang Toàn[1], Phạm Nữ Vân Nga[3], Nguyễn Thanh Long[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chảy máu dưới nhện (CMDN) do vỡ phình động mạch não (PĐMN) bằng phương pháp nút coil tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An**. Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 240 bệnh nhân (BN) bị CMDN do vỡ PĐMN và phân tích các yếu tố như tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh, kết quả điều trị và biến chứng của nút coil. **Kết quả:** Tuổi 40-69 hay gặp nhất, chiếm 77,9%. Phần lớn BN (84,3%) biểu hiện lâm sàng nhẹ với Hunt - Hess từ 1-2 điểm. 84,3% BN có PĐMN đơn độc. Chủ yếu là phình túi (93,7%) và phình cổ hẹp (70,3%), với kích thước trung bình là 4,22 mm. PĐMN phần lớn gặp ở hệ tuần hoàn não trước (93,7%), hay gặp ở động mạch thông trước (38,6%). Nút coil đạt tỉ lệ thành công cao với 78% nút kín hoàn toàn. Tỉ lệ tai biến điều trị thấp (7,6%), có 1 BN tử vong, và 10,8% BN biến chứng muộn. Đánh giá theo thang điểm GOS, kết quả tốt đạt 87,5% và xấu chỉ 12,5%. **Kết luận:** Nút coil cho kết quả tốt và tỷ lệ tai biến biến chứng thấp.

Từ khóa: CMDN, PĐMN, nút coil.

[1]*Trung tâm Đột quỵ, Bệnh vện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[2]*Sở y tế Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hòa
Email: drnguyenngochoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF SUBARACHNOID HAEMORRHAGE DUE TO RUPTURED CEREBRAL ANEURYSMS BY COILING AT NGHEAN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To study clinical and subclinical features and the treatment results of subarachnoid haemorrhage (SAH) due to ruptured cerebral aneurysms by coiling at Nghean General Friendship Hospital. **Subjects and Methods:** Prospective cross-sectional study on 240 patients with SAH due to ruptured cerebral aneurysms by collecting and analyzing factors such as medical history, clinical symptoms, neuroimaging, and the treatment result and complication of the coiling. **Results:** The ratio of female and male patients was 1.1:1 and most patients aged 40-69 years (77.9%). The majority of patients (84.3%) had mild clinical manifestations with Hunt - Hess from 1-2 points. 84.3% of patients had one aneurysm. Saccular and narrow-neck aneurysms were most common, 93.7% and 70.3% respectively, with an average diameter of 4.22 ± 1.58 mm. Cerebral aneurysms were mainly detected in the anterior cerebral circulation (93.7%). The coiling was highly successful with 78% completely occluded aneurysms. There were 04 cases of embolism due to thrombosis and 06 cases of cerebral vasospasm, 05 cases of ruptured aneurysms, and 01 case of death. There were 26 cases of delayed

complications (10.8%), of which 12 patients with hydrocephalus and 14 cases of cerebral vasospasm. On the GOS scale, results were good at 87.5% and bad at only 12.5%. **Conclusions:** The coiling had good results with 78% of completely occluded aneurysms and the complication rate as low as 3.3%.

Keywords: subarachnoid hemorrhage, cerebral aneurysm, coiling.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện (CMDN) là một phân thể quan trọng của đột quỵ não, chiếm khoảng 2 – 8% tỷ lệ đột quỵ não nói chung. Có nhiều nguyên nhân gây CMDN trong đó do vỡ túi PĐMN là thường gặp nhất (khoảng 80%), vị trí phình động mạch thường vỡ xảy ra ở đa giác Willis hoặc chỗ phân nhánh các động mạch não; khoảng 90% PĐMN thuộc hệ tuần hoàn não trước và 10% ở hệ tuần hoàn não sau (Thomas J Masaryk, 2012). CMDN do vỡ PĐMN nếu không được điều trị loại bỏ túi phình kịp thời thì tỷ lệ tử vong rất cao khoảng 32 – 67%; trong đó 10 – 15% tử vong trước khi đến được các cơ sở y tế, 10% tử vong trong ngày đầu tiên sau khi bị bệnh, 46% tử vong trong tháng đầu tiên và hơn nữa số đó tử vong trong 2 tuần đầu (Mark S. Greenberg, 2019).

Hiện nay có 2 phương pháp chính điều trị CMDN do vỡ PĐMN đó là phẫu thuật kẹp clip cổ túi phình và nút PĐMN bằng coil; nút PĐMN bằng coil là phương pháp ra đời sau nhưng đang dần được công nhân rộng rãi vì tính ưu việt của nó.

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An đã triển khai điều trị CMDN do vỡ PĐMN bằng phương pháp nút coil từ năm 2010. Để đánh giá kết quả điều trị, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng CMDN do vỡ PĐMN.

2. Đánh giá kết quả điều trị CMDN do vỡ PĐMN bằng phương pháp nút coil và tính an toàn của phương pháp điều trị này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 240 BN bị CMDN do vỡ PĐMN được điều trị bằng phương pháp nút coil tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 05/2010 đến tháng 05/ 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang không đối chứng.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn BN

- Tiêu chuẩn lâm sàng:

+ Dựa vào định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế thế giới, năm 1989.

+ Khám có hội chứng màng não: cứng gáy, dấu Kernig…

- Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

+ Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não hình ảnh tăng tỷ trọng khoang dưới nhện.

+ Hoặc chọc dò tủy sống thấy máu không đông đỏ đều ở cả ba ống nghiệm, hoặc các thành phần của máu khi làm xét nghiệm dịch não tủy.

+ Chụp động mạch não số hóa xóa nền (DSA) thấy PĐMN và được tiến hành điều trị nút tắc túi phình bằng phương pháp nút coil.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ BN.

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, có bệnh lý toàn thân nặng, có bệnh lý não và màng não khác kèm theo và có chống chỉ định dùng thuốc cản quang.

2.2.3. Các bước nghiên cứu

- Sử dụng mẫu bệnh án thống nhất.
- Khai thác tiền sử, bệnh sử chi tiết cụ thể.

- Thăm khám lâm sàng thần kinh cẩn thận.

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: CTM, SHM, ĐMCB.
- Chụp CLVT sọ não.
- Chọc dò tủy sống ở BN chụp CLVT sọ não cho kết quả âm tính.
- Chụp DSA động mạch não và tiến hành điều trị nút túi phình bằng phương pháp nút coil.

2.2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê y học STATA 14.0**.**

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm BN nghiên cứu

Bảng 3.1 Phân bố theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	< 30	30 - 39	40 - 49	50 – 59	60 - 69	≥ 70	Tổng số
Số BN	7	7	68	83	45	30	240
Tỷ lệ (%)	3,13	3,13	28,13	34,38	18,75	12,5	100
Tuổi trung bình	54 ±12,1; Min 25, Max 81						
Tỷ lệ giới	Nữ/ Nam = 54/ 46						

Tuổi trung bình là 54 ± 12,1, gặp nhiều nhất trong độ tuổi từ 40 đến 69 với 81,3%. Tỉ lệ nữ và nam là 1,1:1; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả nghiên cứu lâm sàng CMDN

Bảng 3.2. Triệu chứng khởi phát của CMDN

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	232	96,8
Nôn, buồn nôn	194	81
Rối loạn ý thức	135	56,2
Rối loạn ngôn ngữ	30	12,5
Tổn thương thần kinh khu trú	30	12,5
Co giật kiểu động kinh	15	6,25

Hầu hết BN khởi phát bệnh bằng dấu hiệu đau đầu (96,8%), nôn và buồn nôn (81%), rối loạn ý thức (56,2%), tổn thương thần kinh khu trú và rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.3. Đặc điểm khởi phát và thời điểm nhập viện

		Số BN	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh khởi phát	Đang ngủ	38	15,63
	Nghỉ ngơi, SH bình thường	120	50
	Đang làm việc	52	21,88
	Vừa ngủ dậy	30	12,5
Thời điểm nhập viện	Ngày thứ nhất	60	25
	2 – 3 ngày	75	31,3
	4 – 7 ngày	37	15,6

	> 7 ngày	68	28,1
Dấu hiệu cảnh báo	Có	67	28
	Không	173	72

Bệnh khởi phát có thể xảy ra bất kỳ lúc nào nhưng hay gặp nhất là khi đang nghỉ ngơi, sinh hoạt bình thường với 50%, và 28% BN có dấu hiệu cảnh báo trước đó; BN nhập viện trong tuần đầu tiên là lớn nhất với 71,9% tuy nhiên trong ngày đầu tiên chỉ chiếm 25%.

Bảng 3.4. Phân độ lâm sàng khi vào viện

Phân độ lâm sàng	**Hunt – Hess**		**WFNS**	
	Số BN	**Tỷ lệ (%)**	**Số BN**	**Tỷ lệ (%)**
Độ 1	97	40,6	97	40,6
Độ 2	108	43,7	97	40,6
Độ 3	23	9,4	16	6,3
Độ 4	12	6,3	30	12,5
Độ 5	-	-	-	-
Tổng số	240	100	240	100

Hầu hết BN biểu hiện lâm sàng nhẹ với phân độ theo Hunt – Hess 1-2 (84,3%).

3.3. Kết quả nghiên cứu cận lâm sàng

3.3.1. Kết quả chụp CLVT sọ não:

Bảng 3.5. Phân độ Fisher CMDN trên phim chụp CLVT sọ não

Độ Fisher	**Độ 1**	**Độ 2**	**Độ 3**	**Độ 4**	**Tổng số**
Số BN	30	60	30	120	240
Tỷ lệ (%)	12,5	25	12,5	50	100

Chụp CLVT sọ não có kết quả dương tính ở 210 BN, chiếm 87,5%. Chủ yếu gặp Fisher độ 4 với 50% và độ 1 và 2 chỉ chiếm 37,5%.

3.3.2. Kết quả chụp DSA động mạch não

Bảng 3.6. Hình thái, kích thước và vị trí PĐMN

			Số PĐMN	**Tỷ lệ (%)**
Hình thái		Hình túi	268	93,7
		Hình thoi	18	6,3
Kích thước cổ PĐMN		Cổ hẹp	201	70,3
		Cổ rộng	85	29,7
Kích thước PĐMN		< 3mm	31	10,8
		3 – 5 mm	155	54,1
		> 5 – 10 mm	100	35,1
		Kích thước trung bình: 4,22 ± 1,58 mm		
	Tuần hoàn não	ĐM thông trước	110	38,6
		ĐM não giữa	27	9,4

Vị trí PĐMN	**trước**	ĐM cảnh trong, thông sau	131	45,7
	Tuần hoàn não sau	ĐM thân nền	18	6,3

Trong 240 BN, số lượng BN có PĐMN là 202 (chiếm 84,2%), trong đó 84,3% BN có 1 túi phình và 15,7% BN có từ 2 túi phình trở lên. 240 BN chúng tôi phát hiện được 286 PĐMN, trong đó chủ yếu là PĐMN hình túi với 93,7% và PĐMN hình thoi với 6,3%, PĐMN cổ hẹp chiếm 70,3% và cổ rộng là 29,7%. Kích thước trung bình của PĐMN là 4,22±1,58 mm, trong đó kích thước từ 3 – 10 mm với 89,2%. PĐMN chủ yếu gặp ở hệ tuần hoàn não trước (93,7%), trong đó chủ yếu ở động mạch thông trước với 38,6%.

3.4. Kết quả điều trị nút túi phình động mạch bằng coil

Bảng 3.7. Kết quả nút PĐMN

Kết quả điều trị	Số túi phình	Tỷ lệ (%)
Nút kín hoàn toàn	233	78
Nút còn sót cổ	39	13,5
Nút mạch mang	10	3,5
Nút bán phần	14	5,0
Tổng số	**286**	**100**

Tỉ lệ nút thành công kín hoàn toàn đạt 78%, nút còn sót cổ là 13,5%, nút mạch mang 3,5% và nút bán phần là 5,0%.

3.5. Biến chứng

3.5.1. Biến chứng trong quá trình điều trị can thiệp nút túi phình

Trong 240 BN được điều trị nút coil có 4 BN bị biến chứng tắc mạch do huyết khối và 6 BN co thắt động mạch não, 05 trường hợp vỡ túi phình, các trường hợp này đều được xử lý kịp thời cho kết quả tốt và chỉ có 01 BN tử vong.

3.5.2. Biến chứng muộn sau điều trị can thiệp

Có 26 trường hợp biến chứng muộn (chiếm 10.8%), trong đó 12 BN tràn dịch não muộn (02 BN phải xử lý đặt dẫn lưu não thất) và 14 trường hợp co thắt mạch muộn.

3.6. Kết quả ra viện

Đánh giá theo thang điểm GOS: GOS tốt là 87,5 %, GOS xấu là 12,5%.

Thời gian điều trị trung bình là 19,5 ± 6 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận kết quả nghiên cứu lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung

240 BN nghiên cứu gặp tuổi thấp nhất là 25 tuổi và cao nhất là 81 tuổi, tuổi trung bình 54,7 ± 12,1 tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 69 với 81,2%. Các nghiên cứu của Việt Nam và thế giới cũng gặp chủ yếu trong lứa tuổi này như Across Group gặp tuổi trung bình là 57 [4]; Vũ Đăng Lưu gặp tuổi trung bình là 52,2 ± 11, 5 tuổi và nhiều nhất là nhóm tuổi từ 41 đến 69 với 79,2% [1].

Tỉ lệ nữ:nam là 1,1:1, so với các tác giả trong nước chúng tôi gặp nữ nhiều hơn nam như Vũ Đăng Lưu gặp nam:nữ là 1,2:1 [1]; nhưng kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác như Across Group [4] là nữ:nam 1,3:1, Simon CH Yu (2004) khi

nghiên cứu BN bị CMDN do vỡ PĐMN gặp nữ giới là 61,5%.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Đau đầu là triệu chứng khởi phát xảy ra ở hầu hết các BN CMDN chiếm 96,8% được BN mô tả là cơn đau đầu dữ dội chưa từng xảy ra trong đời, tiếp theo là dấu hiệu buồn nôn và nôn chiếm 81,2%, rối loạn ý thức gặp ít hơn với 56,2% nhưng chủ yếu ở mức độ nhẹ. Theo Vũ Đăng Lưu [1] đau đầu chiếm 97,8%, nôn và buồn nôn 96,3%. Theo Thomas J Masaryk (2012), đau đầu nặng, nôn và buồn nôn là triệu chứng thường xuyên xảy ra khi bị CMDN do vỡ PĐMN, trong đó đau đầu chiếm hơn 90%. Dấu hiệu cảnh báo chúng tôi gặp là 28% với biểu hiện bệnh nhânơ đau đầu nhẹ trước khi vào viện 1 – 2 tuần, nhưng BN không để ý thường vẫn đi làm bình thường.

Nghiên cứu chúng tôi gặp 25% BN được đưa đến ngày đầu tiên sau khi bị bệnh, trong tuần đầu tiên là 71,9% và tuần thứ 2 là 28,1%. Như vậy, BN được đưa nhập viện sau khi bị bệnh là khá muộn.

Phân độ lâm sàng theo Hunt – Hess chủ yếu là độ 1 và độ 2 với 84,3%, độ 3 và độ 4 lần lượt là 9,4 và 6,3%, chúng tôi không lựa chọn BN có phân độ Hunt – Hess độ 5. Theo Jose [7] tất cả BN vỡ PĐMN có phân độ Hunt-Hess từ 1 đến 3 được lựa chọn can thiệp trong vòng 72 giờ đầu.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Chụp CLVT sọ não cho kết quả dương tính là 87,5%, còn lại chẩn đoán CMDN dựa vào chọc dò tủy sống. Phân độ Fisher độ 4 là 50%, độ 1là 12,5% và độ 2 là 25%. Kết quả của chúng tôi là tương đương với các tác giả khác như Vũ Đăng Lưu[1] Fisher độ 4 là 60% độ 2 chiếm 20% và độ 3 là 15,6%.

Trong 240 BN, chúng tôi phát hiện 286 túi PĐMN trong đó BN có 1 túi PĐMN chiếm 84,4% và 15,6% BN có từ 2 PĐMN trở lên, chủ yếu PĐMN nằm ở hệ tuần hoàn não trước với 93,7% và tuần hoàn não sau là 6,3% trong đó chủ yếu là ở vị trí thông trước với 38,6%. Theo Pierot L (2008), PĐMN nằm ở tuần hoàn não trước chiếm 93% và tuần hoàn não sau là 7%. Về hình thái, PĐMN hình túi chiếm 93,7% và hình thoi 6,3%, kết quả này tương đồng với Lê Văn Trường [3], trong đó thấy 94,4% PĐMN hình túi và 5,6% hình thoi. Kích thước PĐMN chúng tôi gặp kích thước trung bình là 4,22 ± 1,58mm, trong đó gặp nhiều nhất là túi PĐMN có kích thước từ 3 – 10 mm với 85.5%. theo ISAT [5] túi PĐMN có kích thước từ 3- 10 mm là hay vỡ nhất và chiếm tỷ lệ lớn nhất. Theo Phạm Minh Thông [2], kích thước trung bình của PĐMN là 5,05 ± 2,13 mm. Như vậy, so với các tác giả thì kết quả của chúng tôi là tương đương.

4.2. Kết quả điều trị CMDN do vỡ PĐMN bằng phương pháp nút coil

Tỉ lê nút kín hoàn toàn đạt 78%, nút bán phần là 5%, còn sót cổ là 13,5% và 3,5% nút mạch mang. Kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu như: Lê Văn Trường nút tắc hoàn toàn đạt 80%[3]; Phạm Minh Thông [2] 92,8% túi phình được nút tắc hoàn toàn và 6,8% thất bại; Jun Kyeng [8] nút tắc hoàn toàn là 70% và nút gần tắc hoàn toàn là 30%.

240 BN điều trị can thiệp chúng tôi gặp 7,6% BN bị tai biến gồm các trường hợp tắc động mạch mang, co thắt mạch, rách túi phình; các BN này chúng tôi can thiệp xử trí

kịp thời cho kết quả tốt, trong đó có 01 trường hợp rách túi phình xữ lý xong nhưng lượng máu chảy vào nhu mô nhiều về sau gây tử vong. Theo Elad Levy [6] gặp 2,1% BN bị rách túi PĐMN trong quá trình điều trị can thiệp, theo Vũ Đăng Lưu tỷ lệ tai biến gặp chung là 10% trong đó rách túi phình là 3,6%, huyết khối chiếm 5% còn lại là các biến chứng khác.

Có 26 trường hợp biến chứng muộn, trong đó 12 BN tràn dịch não muộn và 14 trường hợp co thắt mạch; trong 2 trường hợp tràn dịch não muộn được xử lý phẫu thuật dẫn lưu não thất thành công.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị nút túi phình bằng coil là phương pháp điều trị cho kết quả tốt với 78% số túi phình tắc hoàn toàn và tỷ lệ tai biến biến chứng thấp chỉ 3,3%, chủ yếu là tai biến và biến chứng có thể khắc phục được trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Đăng Lưu** (2012), "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị PĐMN vỡ bằng can thiệp nội mạch". Luận án tiến sỹ y học- Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Phạm Minh Thông, Vũ Đăng Lưu** (2005), "Những kết quả ban đầu điều trị PĐMN bằng nút mạch". Y học Việt Nam. **301**: tr. 117 - 22
3. **Lê Văn Trường** (2004), "PĐMN. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kinh nghiệm bước đầu điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch". Y học Việt Nam. **301**: tr. 228- 236.
4. **Across Group** (2000), "Epidemiology of aneurysmal subarachnoid hemorrhage in Australia and New Zealand". Stroke. **vol 31**: p. 1843 - 1850
5. **Andrew J. Molyneux, Richard S C Kerr, Ly Mee Yu, et al.** (2005), "International subarachnoid aneurysm trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised comparison of effects on survival, dependency, seizures, rebleeding, subgroups and aneurysm occlusion.". The Lancet. **366**: p. 809 - 817.
6. **Elad Levy, M.D., Christopher J. Koebbe, M.D., Michael B. Horowitz, M.D. Et Al** (2001), "Rupture of Intracranial Aneurysms during Endovascular Coilng: Management and Outcomes". Neurosurgry. **49**: p. 807- 813.
7. **Jose I. Suarez, Eric M. Bershad** (2018), "Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage". Stroke. **Fifth Edition**: p. 589- 607.
8. **Jun Kyeung Ko Tae Hong Lee, Jae Il Lee, Hae Woong Jeong** (2014), "Endovascular Treatment of Ruptured Pericallosal Artery Aneurysms: Report of a Single Center Experience". Interventinal neuroradiology. **20**(2): p. 157.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ XẸP THÂN ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM CEMENT CÓ BÓNG QUA DA TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH NGHỆ AN

Trần Văn Biên*, Nguyễn Kim Đông* ,
Cao Việt Bắc*, Hồ Võ Tuấn*

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học qua da có bóng cho bệnh nhân xẹp thân đốt sống do loãng xương và nhận xét một số yếu tố liên quan kết quả. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc 39 bệnh nhân với 41 đốt sống được chẩn đoán xác định là xẹp thân đốt sống (XTDS) do loãng xương, đươc tạo hình thân đốt sống bằng cement sinh hoc qua da có bóng tại khoa phẫu thuật thần kinh - so não - cột sống bệnh viên CTCH Nghệ An từ tháng 01/01/2019 tới 31/05/2020. **Kết quả:** 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 5 nam và 34 nữ, tuổi trung bình 69.71, triệu chứng đau tại chỗ chiếm 100%, có 41 đốt sống được can thiệp trên 39 bệnh nhân với điểm VAS trung bình trước can thiệp là 7,2; sau can thiệp 72 giờ là 1,9 và sau 3 tháng là 1,9; trong 41 đốt sống được can thiệp D12 và L1 chiếm 70,73%, các đốt còn lại từ D11, L2, L3, L4 chiếm 29,27%; Biến chứng bơm cement thường gặp nhất là cement bị thoát ra ngoài thân đốt sống 3/41 chiếm 7,32%. **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống điều trị xẹp đốt sống do loãng xương là phương pháp có hiệu quả cao, giảm đau tốt, đơn giản, an toàn, ít xâm lấn và ít có biến chứng nguy hiểm.

Từ khóa: tạo hình thân đốt sống qua da có bóng, loãng xương, bơm cement

**Bệnh viện CTCH Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Biên
Email: bienyk@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT PERCUTANEOUS KYPHOPLASTY BY EJECTING BIOLOGICAL CEMENT IN PATIENTS WITH VERTEBRAL COMPRESSION DUE TO OSTEOPOROSIS IN NGHE AN HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

Objectives: Reviews clinical, subclinical characteristics, evaluation off the result percutaneous kyohoplasty by ejecting biological cement in patients with vertebral compression due to osteoporosis. **Subjects and Methods:** Descriptive research method, vertical follow-up 39 patients with 41 vertebrae were diagnosed with vertebral compression due to osteoporosis, were created vertebrae with bio-cement via the skin by the kyphoplasty method Neurosurgery and Spine surgery Department - Nghe An Hospital for Traumatology and Orthopaedic from January 1st , 2019 to May 31st, 2020. Descriptive research method, vertical follow-up. **Results:** 39 patients participating in the study were 5 men and 34 women, average age 69,71, symptoms of pain at the site accounted for 100%, 41 vertebrae were interfered. 39 patients with the mean vas score before intervention was 7.2; After 72 hours

of intervention it was 1.9 and after 3 months it was 1.9; in 41 intervention vertebrae, there are 70.73 % are D12 and L1, the remaining segments from D11, L2, L3, L4 are 29.27%; The most common cement pump complication is cement that has been released out of the vertebral body 3/41, accounting for 7.32%. **Conclusion:** Vertebral shaping treatment of osteoporosis vertebrae is a highly effective method, good pain relief, simple, safe, less invasive and has few dangerous complications.

Keywords: Kyphoplasty, osteoporosis. Plastic cement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương nói chung và xẹp đốt sống do loãng xương nói riêng là một vấn đề y tế và xã hội của mọi quốc gia do tần suất loãng xương trong cộng đồng tương đương với tần suất mắc bệnh tim mạch, ung thư. Loãng xương diễn biến thầm lặng nhưng có thể gây nên hậu quả nặng nề như gãy xương, từ đó người bệnh sẽ bi tàn phế, mất khả năng lao động, giảm tuổi thọ….

Mỗi năm nước Mỹ phải bỏ ra một khoản chi phí khổng lồ (khoảng 18 tỷ USD) để điều trị gãy xương do loãng xương, còn Anh khoảng 1,7 tỷ bảng anh

Năm 1985, các bác sĩ Pháp bơm cement sinh học cho trường hợp u mạch máu thân đốt sống cổ. Sau đó nhiều bác sĩ Pháp thực hiện kĩ thuật này cho các trường hợp u mạch máu hoặc gãy đốt sống. Có nhiều biến chứng xảy ra nên phương pháp này không được áp dụng nhiều. Năm 2001, các bác sĩ Mỹ dựa trên cơ sở của kĩ thuật này phát minh kĩ thuật tạo hình gù, dùng bóng bơm tạo khoang trong đốt sống gãy rồi bơm cement sinh học vào khoang đó. Đồng thời, người ta pha trộn các chất cản quang vào cement nên cement được nhìn thấy rõ ràng trên màn hình khi bơm vào, ngăn ngừa được việc cement dò ra chỗ khác gây biến chứng.

Từ đầu thế kỉ 21, loãng xương được chú trọng nhiều và là mục tiêu lớn trong hoạt động của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), các trường hợp gãy cột sống do loãng xương được lưu ý hơn do tỉ lệ tử vong và khả năng gây tàn phế vĩnh viễn rất cao.

Khoa PT TK-SN-CS bệnh viện CTCH Nghệ An là đơn vị tiên phong trong việc triển khai thực hiện thường quy điều trị xẹp thân đốt sống bằng bơm cement sinh học trên địa bàn tỉnh Nghệ An từ năm 2017 và mang lại kết quả bước đầu rất tốt. Xuất phát từ thực tiễn số lượng bệnh nhân lớn, nhu cầu điều trị cao, hiệu quả của phương pháp vì vậy tôi nghiên cứu đề tài " Đánh giá bước đầu điều trị xẹp thân đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơm cement có bóng qua da tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình Nghệ An" nhằm 2 mục tiêu:

- *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bị xẹp thân đốt sống do loãng xương.*
- *Đánh giá kết quả điều trị bằng bơm cement sinh học cho bệnh nhân xẹp thân đốt sống do loãng xương và nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán xác định là xẹp thân đốt sống (XTDS) do loãng xương, đươc tao hình thân đốt sống bằng cement sinh hoc qua da tại khoa phẫu thuật thần kinh – so não - cột sống bệnh viên CTCH Nghệ An từ tháng 1/2019 tới tháng 05/2020 với tiêu chuẩn: đang ở tuổi trưởng thành, mọi giới tính, đau lưng ngang với mức tổn thương, không đáp ứng hay đáp ứng ít với điều trị nội khoa, bệnh nhân xẹp đốt sống có hoặc không có

yếu tố chấn thương kèm theo, chấn thương có hình ảnh trên Ct scanner cột sống vững, không chèn ép thần kinh, có đầy đủ hồ sơ theo dõi trong 3 tháng.

2.2. Quy trình kỹ thuật:

- Thì 1: Bệnh nhân nằm sấp, với gối độn hai vai.
- Thì 2: Xác định điểm vào dưới hướng dẫn của C-arm, điểm vào ở vị trí 10h, 2h bờ ngoài cuống sống trên hình chiếu trước sau
- Thì 3: Chọc 2 kim 11G hoặc 13G qua cuống hai bên.
- Thì 4: Đặt kim dẫn đường vào thân đốt sống qua cuống sống.
- Thì 5: Đặt hệ thống ống canule, khoan tạo đường hầm vào thân đốt
- Thì 6: Đặt hai quả bóng vào thân đốt, bơm với áp lực < 250 PSI, dưới sự kiểm soát liên tục trên C-arm, sao cho thân đốt sống nở cao, trả lại hình dáng ban đầu
- Thì 7: Rút 2 quả bóng ra, để lại khoang trống trong thân đốt.
- Thì 8: Dùng kim bơm xi măng vào khoang trống trong thân đốt, kiểm soát liên tục trên C-arm. Khi cement đã lấp đầy thì rút kim.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc (đánh giá kết quả trước và sau điều trị)

Nội dung nghiên cứu cụ thể:

- Mô tả các triệu chứng lâm sàng, đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.
- Khảo sát cân lâm sàng: hình ảnh Xquang, Ct scanner, mật đô xương.
- Điều tri bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da, đánh giá kết quả của phương pháp sau can thiệp.
- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau (VAS: Visual Analogue Scale) tại 3 thời điểm: trước can thiệp, sau 72 giờ và sau 3 tháng.
- Phân loại kết quả điều trị tại thời điểm 3 tháng theo tiêu chuẩn của Macnab.

Thang điểm ước lượng mức độ đau (VAS)

VAS	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10
	Không đau	Đau nhẹ, có gây phiền hà nhẹ cho BN	Đau dai giẳng, triền miên gây không thoải mái cho BN	Đau làm cho BN cảm thấy khổ sở, lo lắng	Rất đau	Đau không chịu nổi

Phân loại kết quả điều trị theo tiêu chuẩn của MacNab

Đánh giá	MacNab
Tốt	Không đau, không hạn chế vận động, cản trở công việc
Khá	Có đau lưng hoặc đau lan chân nhưng không thường xuyên, ảnh hưởng ít tới khả năng làm việc hoặc hoạt động giải trí khác
Trung bình	Có cải thiện nhưng còn đau dữ dội từng đợt làm bệnh nhân phải rút ngắn hoặc giảm bớt công việc cũng như các hoạt động giải trí khác
Kém	Không hoặc ít cải thiện đau của bệnh nhân hoặc tăng lên sau phẫu thuật, thậm chí đòi hỏi sự can thiệp phẫu thuật khác

2.4. Phương pháp thu thập, phân tích số liệu.

Các chỉ số được thu thập theo mẫu thiết kết sẵn tại thời điểm bệnh nhân vào viện, trong quá trình điều tri, định kỳ hàng tháng, công cụ thu thập bao gồm:

- Hồ sơ bênh án
- Bệnh nhân được chọn được thăm khám thu thập đầy đủ thông tin cho quá trình nghiên cứu

Số liệu được nhập vào máy tính theo bệnh án mẫu số hoá và được xử lý theo chương trình phần mềm SPSS 22

Các biến được trình bày dưới dạng trung bình, so sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng thuật toán kiểm định test T student. Các biến thứ tự và rời rạc được trình bày dưới dạng %, so sánh kết quả các biến rời rạc bằng thuật toán kiểm định X^2, sự khác biệt thống kê có ý nghĩa khi $P < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lâm sàng.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ rất cao chiếm 87%, độ tuổi trung bình của bệnh nhân 66,8±10,2 tuổi. Nhóm có tỷ lệ bệnh nhân cao là 60-70 tuổi chiếm 44%, 70-80 tuổi chiếm 23%, đặc điểm này phù hợp với bệnh loãng xương thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương

Điểm VAS trung bình trước bơm cement của bệnh nhân là 7.2±1.5 điểm trong khoảng 6-10 điểm chứng tỏ đau lưng là triệu chứng điển hình khiến bệnh nhân phải nhập viện

Thời gian diễn biến bệnh từ lúc chấn thương tới lúc vào viện nhỏ hơn 30 ngày chiếm 76.9%, trường hợp xẹp đốt sống đơn thuần không có tổn thương thần kinh được điều trị nội khoa trong 3-4 tuần, xẹp thân đốt sống do chấn thương thường được bơm trong 14 ngày đầu. Đa số bệnh nhân gặp phải các triệu chứng tại chỗ đau dữ dội (69.2%), đau lưng không ngồi dậy được (53.8%), không đi lại được (38.5%), Bệnh nhân vào viện không có các biện chứng hô hấp, rối loạn tiểu tiện. 84.6% bệnh nhân dùng các thuốc giảm đau thần kinh, giãn cơ không đỡ, hoặc đỡ ít. Vấn đề điều trị nội khoa thất bại là một trong những chỉ định bơm cement sinh học.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tổng số 41 đốt sống bị tổn thương bao gồm cả tổn thương mới và cũ. Đa số bệnh nhân có đôt sống mới bị tổn thương <14 ngày. Trong 39 bệnh nhân được nghiên cứu với 41 đốt sống bị tổn thương và được can thiệp bơm cement. Việc xác định tổn thương mới và cũ dựa vào thời gian chấn thương, hình ảnh MRI.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương

3.3.1. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm đốt sống bị tổn thương

Hình dạng đốt sống tổn thương chủ yếu là xẹp hình chêm (65.9%), tiếp theo là xẹp lõm 2 mặt (19.5%), tỷ lệ bệnh nhân xẹp trung bình 25-40% chiều cao thân đốt sống chiếm cao nhất (48.8%). 100% trường hợp bệnh nhân là xẹp cấp tính, có chỉ định bơm cement. Trong 41 đốt sống xẹp cấp tính có 2 đốt sống có khí trong đốt sống là tiên lượng không liền xương, cần can thiệp sớm, tránh tổn thương mạn tính. Tỷ lệ xẹp đốt sống đơn thuần chiếm cao nhất (75.6%), có 2 đốt sống (4.9%) đốt sống gãy có tổn thương thành sau, vẫn được chỉ định bơm cement có bóng tạo hình thân đốt sống.

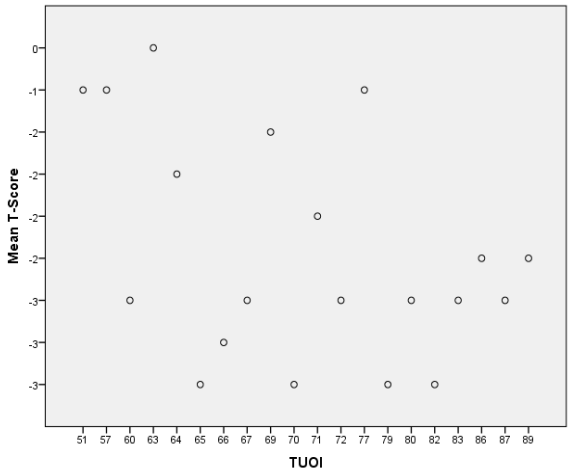
3.3.2. Mức độ loãng xương của bệnh nhân

Bảng 3.1: Điểm T-Score của đối tượng nghiên cứu

	Điểm T-score
Mean ± SD	-3,6 ± 0,7
Min – Max	(-2,5) – (-4,6)

Nhận xét: Điểm T-Score trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là -3,6 ± 0,7 điểm. Loãng xương khi T-Score <-2.5 là yếu tố gây ra nguy cơ xẹp thân đốt sống cao và mức độ tổn thương nặng

3.4. Mối liên quan giữa mật độ xương và tuổi



r^2 = 0,1237; p = 0,05

Biểu đồ 3.1. Mối tương quan giữa mật độ xương với tuổi

Nhận xét: Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và MĐX của các đối tượng nghiên cứu. Tuổi càng cao thì MĐX càng thấp. Phù hợp đặc điểm bệnh LX gặp ở người cao tuổi và gây nguy cơ gãy xương cao. Tuy nhiên, mối tương quan này không thực sự chặt chẽ với r^2=0,1237.

3.5. Tai biến trong bơm cement

Tai biến phổ biến nhất trong bơm cement là tràn qua bờ trước thân đốt sống 4,9% đốt được bơm, 2,4% trường hợp tràn cement lên đĩa đệm. Những trường hợi rò cement này không để lại bất cứ di chứng lâm sàng nào. Tỷ lệ bệnh nhân vỡ bóng và bóng 0%.

3.6. Biến chứng sau bơm cement

Trong tổng số 41 đốt sống được bơm cemet, chúng tôi không gặp bất cứ biến chứng nào như tụ máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, tràn máu tràn khí màng phổi, tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim, đau tăng lên. Chỉ có 1 trường hợp (2,4%) có biến chứng xa là XĐS thì 2. Bệnh nhân được điều trị thành công bằng bơm cement không bóng lần 2 và không xuất hiện XĐS mới nữa.

IV. BÀN LUẬN

Đau lưng tương ứng tại vị trí đốt sống bị xẹp là triệu chứng chủ yếu bệnh nhân phải đến viện điều trị và chị định bơm xi măng. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau lưng ở các mức độ khác nhau. 69.2% bệnh nhân đau lưng dữ dội, không thể chịu đựng được, còn 30.8% bệnh nhân đau lưng âm ỉ. Mức độ đau có liên quan chặt chẽ với cơ chế gây đau. Khi đốt sống bị xẹp các bè xương bị vỡ, kích thích vào các đầu tận cùng thần kinh nằm trong xoang đốt sống, được phân bổ ở 1/3 trước thân đốt sống gây đau cho người bệnh. Những bệnh nhân XTĐS do bị chấn thương cột sống thường có biểu hiện đau lưng dữ dội, ngay lập tức có thể mất chức năng vận động, không thể ngồi, đứng, thậm chí không thể đi lại được do đau. Trái lại, những bệnh nhân XTĐS đơn thuần không có yếu tố chấn thương kèm theo, thường đau âm ỉ kéo dài và vẫn có thể đi lại được mức độ vừa phải. Việc bệnh nhân rối loạn chức năng vận động chủ yếu là do đau lưng dữ dội, chứ không liên quan đến các tổn thương thần kinh do XTĐS. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 21 bệnh nhân không ngồi được, 15 bệnh nhân không đi lại được, 3 bệnh nhân không đứng được. Để giải thoát triệu chứng đau và cải thiện chức năng đi lại các bệnh nhân thường tự điều trị bằng thuốc giảm đau hoặc

nhận được điều trị nội khoa ở các cơ sở y tế. Bệnh nhân của chúng tôi được uống thuốc giảm đau trước đó. Trong đó, 33.3% bệnh nhân không đỡ và 51.3% bệnh nhân đỡ rất ít. Rõ ràng không phải lúc nào đau lưng cấp tính do XTĐS cũng đáp ứng với thuốc giảm đau. Ngược lại, việc sử dụng thuốc giảm đau lâu dài lại gây ra nhiều tác dụng phụ, đặc biệt là đau dạ dày. Khi đau lưng cấp tính, điều trị bằng thuốc giảm đau không đáp ứng, đồng nghĩa với điều trị nội khoa thất bại. Những bệnh nhân này được chỉ định bơm xi măng có bóng với kết quả tốt, do đó thể hiện tính ưu việt của phương pháp.

Theo Jung-Hoon Lee tỷ lệ bệnh nhân có thời gian diễn biến bệnh < 1 tuần chiếm 47.5%, từ 8 - 30 ngày chiếm 25.9%. Với bệnh nhân XTĐS do chấn thương thường được can thiệp bơm cement sớm trong 15 ngày đầu, do vậy thời gian diễn biến bệnh ngắn. Ngược lại, những trường hợp XTĐS đơn thuần thường trải qua nhiều đợt điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, nhưng hiệu quả ít, thậm chí không đáp ứng với thuốc giảm đau, rồi mới được chỉ định phẫu thuật. Do đó dẫn tới một số bệnh nhân có thời gian diễn biến bệnh kéo dài. Tuy nhiên, nếu bệnh điễn biến bệnh quá lâu, lúc này sẽ chuyển sang đau mạn tính và không có chỉ định bơm cement nữa, do đốt sống đã trong quá trình liền xương. Đau cấp tính do XTĐS có thể giảm dần và khỏi. Nhưng trong nhiều trường hợp đau có thể tiển triển hàng tuần cho đến hàng tháng và đôi khi có thể tiến triển thành đau mạn tính. Đau lưng mạn tính sau XTĐS có thể dẫn đến liền xương không hoàn toàn với hậu quả là xương đổ gục xuống, từ đó chèn ép vào ống sống và gây ra các thiếu hụt thần kinh (bệnh cảnh Kumell). Theo Michael J. Gardner mặc dù được điều trị nội khoa tích cực, hơn 1/3 bệnh nhân vẫn chuyển sang đau mạn tính, dẫn đến co cơ cạnh sống, thoài hóa khớp do viêm tại vị trí gãy đốt sống và thay đổi trục của cột sống.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kết quả nghiên cứu

Trong 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 94.9% trường hợp chỉ có xẹp 1 đốt sống, 5.1% trường hợp tổn thương 2 đốt sống. với 41 đốt sống, có 65.9% là xẹp hình chêm, 19.5% là xẹp hình lõm 2 mặt, 14.6% là xẹp lún thân đốt sống. mật độ xương trung bình - 3,6 ± 0,7. có mối liên quan tuyến tính giữa mật độ xương với tuổi của bệnh nhân P=0.05.

5.2. Kết quả phẫu thuật

Hiệu quả giảm đau qua thang điểm VAS cải thiện có ý nghĩa sau bơm với P<0.001. trung bình VAS trước bơm, sau bơm 72 giờ, 3 tháng lần lượt là 7.2, 1.9, 1.9. đánh giá chất lượng cuộc sống qua thang điểm MacNab sau 3 tháng: 30.8% kết quả rất tốt, 38.5% tốt, 35.7% trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Văn Thạch.** Đánh giá kết quả tạo hình đốt sống bằng bơm Cement sinh học ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 10/2010, hội nghi khoa học toàn quốc lần thứ IX Hội Chấn thương Chỉnh Hình Việt Nam, 2010, 182-187.
2. **Allen W. Burton, MD, and Ehud Mendel, MD**. Vertebroplasty and Kyphoplasty. Pain

Physician. 2003; 6:335-343, ISSN 1533-3159

3. **Bong-Suk Lim, Ung-Kyu Chang, Sang-Min Youn**. Clinical Outcomes after Percutaneous Vertebroplasty for Pathologic Compression Fractures in Osteolytic Metastatic Spinal Disease. J Korean Neurosurg Soc 45: 369-374, 2009
4. **Hochmuth A, Proschek D, Schawz W**. Percutaneous vertebroplasty in the therapy of osteoporotic vertebral compression fractures. a critical review. Eur Radiol, 2006, 16, 998-1004.
5. **Galibert P, Deramond H, Rosat P, et al.** Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty. Neurochirurgie 1987; 33(2):166–168.
6. **Jensen ME, Evans AJ, Mathis JM, et al.** Percutaneous polymethylmethacrylate vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral body compression fractures: technical aspects. Am J Neuroradiol 1997; 18(10):1897–1904.
7. **Masato N, Norikazu H, Kouson M**. Percutaneous transpedicular vertebroplasty with calcium phosphate cement in the treatment of osteoporotic vertebral compression and burst fracture. J. Neurosurg: spine. Volume 97, 2002, 287-293.
8. **McGraw JK, Lippert JA, Minkus KD et al**. Prospective evaluation of pain relief in 100 patients undergoing percutaneous vertebroplasty: Results and follow-up. J Vasc Interv Radiol 2002; 13:883-886.
9. **Perez-Higueras A, Alvarez L, Rossi RE et al**. Percutaneous vertebroplasty: Long-term clinical and radiological outcome. Neuroradiology 2002; 44:950-954

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM SOFA VÀ NỒNG ĐỘ LACTAT TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG BỆNH NHÂN DO SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Hữu Tân[1], Nguyễn Đức Phúc[1], Trần Bá Biên[1], Hồ Yên Ca[1], Đặng Ngọc Anh[1], Thái Bình Dương[1], Đào Thị Hương[1], Nguyễn Thị Mai Tho[2].

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tiên lượng tử vong bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn bằng thang điểm SOFA và nồng độ Lactat tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 125 trường hợp sốc nhiễm khuẩn nhập khoa Cấp cứu – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An**. Kết quả:** Tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn là 65,6%. Điểm SOFA trung bình 11,6 ±2.8, SOFA là thang điểm có giá trị trong tiên lượng bệnh nhân tử vong do sốc nhiễm khuẩn (diện tích dưới đường cong ROC (AUCROC) =0,81, điểm cắt 9,5, độ nhạy 0,805, độ đặc hiệu 0,767). Nồng độ lactat trung bình 2-5.9 mmol/l). Lactat có điểm cắt trong tiên lượng tử vong/ nặng xin về là 7,83 với độ nhạy 0,488, độ đặc hiệu 0,837. **Kết luận**: Thang điểm SOFA là thang điểm có giá trị trong tiên lượng bệnh nhân tử vong/ nặng về do sốc nhiễm khuẩn. Nồng độ lactat tại thời điểm được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn có giá trị tiên lượng trung bình.

Từ khoá: SOFA, lactat, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

VALUES OF SOFA SCALE AND CONCENTRATION OF LACTAT IN PROGNOSIS OF DEATH DUE TO SEPTIC SHOCK AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Prognosis of patient mortality in septic shock by SOFA scale and lactate concentration at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and Methods**: Descriptive cross-sectional study analyzed 125 cases of septic shock admitted to the Emergency Department - Nghe An General Friendship Hospital. **Results**: The mortality rate from septic shock was 65.6%. Average SOFA score of 11.6 ± 2.8, SOFA is a valid scale in prognosis of patient death from septic shock (area under ROC curve (AUCROC) = 0.81, cut point 9.5, degree sensitivity 0.805, specificity 0.767). The average concentration of lactate is 2-5.9 (mmol / l). Lactate had a cutoff in the mortality / severe prognosis of 7.83 with a sensitivity of 0.488 and a specificity of 0.837. **Conclusion**: The SOFA scale is a valuable scale in the prognosis of death / severe patient loss from septic shock. The lactate concentration at the time of diagnosis of septic shock is of medium prognosis.

Keywords: SOFA, lactat, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SNK là tình trạng suy đa cơ quan cấp tính do nhiễm khuẩn, tưới máu đến các tạng

[1]Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.
[2]Trường Đại học Y khoa Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Tân
Email: Drnguyenhuutan1984@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

giảm, thúc đẩy phản ứng viêm hệ thống và rối loạn chuyển hóa kéo dài, tồn tại trong một chuỗi liên tục từ tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, SNK rối loạn chức năng đa cơ quan và tử vong, là một trong những nguyên nhân có tỷ lệ tử vong hàng đầu ở các đơn vị Hồi sức - Cấp cứu và có xu hướng tăng lên [7]. Tại Việt Nam chưa có số liệu thống kê toàn quốc, nhưng tại một số bệnh viện tỷ lệ tử vong do SNK là 60% ở người lớn và khoảng 70 - 80% cho trẻ em [8].

Hiện nay, có một số yếu tố có liên quan đến tiên lượng tử vong ở BN SNK trong đó có một số dấu ấn sinh học như lactat. Đây là một xét nghiệm thường quy trong nhiễm khuẩn huyết và SNK, có vai trò định hướng chẩn đoán, tiên lượng và giúp bác sỹ định hướng dùng kháng sinh ở những BN nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết hay SNK. Ngoài ra, để đánh giá mức độ nặng và tiên lượng BN SNK, trên thế giới đã áp dụng nhiều thang điểm, mỗi thang điểm có giá trị tiên lượng khác nhau như qSOFA và SOFA. Trong đó, SOFA là thang điểm được Hội nghị đồng thuận quốc tế về nhiễm khuẩn huyết lần thứ 3 khuyến cáo sử dụng trong tầm soát sớm và chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và được nghiên cứu chứng minh có giá trị trong tiên lượng bệnh nhân SNK. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Tiên lượng tử vong bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn bằng thang điểm SOFA và nồng độ Lactat tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN vào khoa Cấp cứu - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An được chẩn đoán SNK từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 08 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân ≥18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, có đủ bằng chứng chẩn đoán SNK theo Hội nghị đồng thuận quốc tế lần thứ 3 (Sepsis 3) 2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không có đủ số liệu theo bảng thu thập có sẵn, BN SNK nghi ngờ có kèm theo sốc khác, có tiền sử rối loạn ý thức, BN là người nước ngoài.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2019-08/2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu 125 BN.

Các biến số nghiên cứu gồm: Tuổi, giới tính, bệnh đồng mắc, số ngày nằm viện, vị trí ổ nhiễm khuẩn; tỷ lệ tử vong, điểm qSOFA, nồng độ PCT. Sau khi thu thập các biến số trên qua bệnh án nghiên cứu, chúng tôi nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

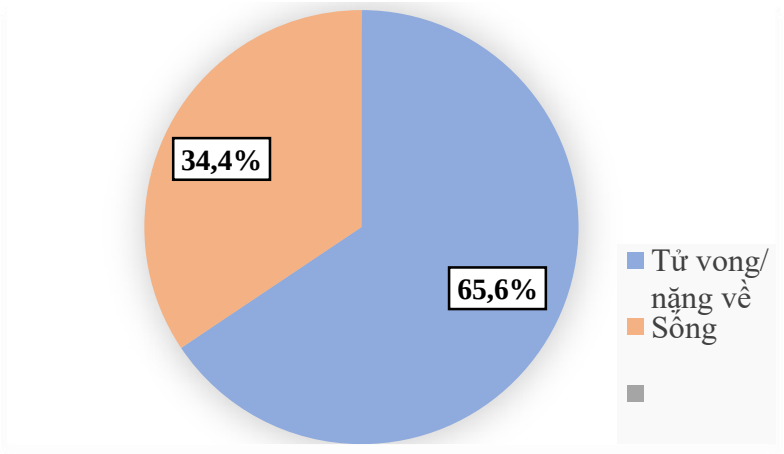
3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình 67,1 ±15,8 tuổi, nhóm tuổi 61 – 80 chiếm tỷ lệ cao nhất 40.8%, nhóm < 41 tuổi chiếm 3.2%. BN nam giới chiếm 55,2% cao hơn so với nữ giới 44,8%.

Có 80,8% BN có các bệnh lý đồng mắc. Tim mạch là bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất 29,6%, tiếp đến là bệnh lý đái tháo đường 22,4%. Có 12% BN có tiền sử lạm dụng corticoid. BN có bệnh lý đồng mắc có nguy cơ tử vong cao gấp 3,9 lần so với BN không có bệnh lý đồng mắc (OR =3,9, CI 95% (1,5- 10), p <0,05).

Ổ nhiễm khuẩn hàng đầu là ổ bụng (44,8%), tiếp đến là hô hấp với 41,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí ổ nhiễm khuẩn giữa hai nhóm BN (p <0,05), trong đó nhiễm trùng đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm BN tử vong/ nặng về (51,2%).

3.2. Giá trị của thang điểm SOFA và nồng độ lactat trong tiên lượng tử vong do sốc nhiễm khuẩn



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tử vong bệnh nhân

Nhận xét: Trong số 125 BN của nhóm nghiên cứu, có 65,6% BN tử vong/ nặng về.

Bảng 1. Điểm qSOFA và nồng độ PCT tại khoa Cấp cứu

	Chung ($\overline{X}$ ± SD)	**Tử vong/ nặng về** ($\overline{X}$ ± SD)	**Sống** ($\overline{X}$ ± SD)	**p**
qSOFA	11,6 ±2,8	8,5 ±2,3	10,5 ±3	**p <0,05**
Lactat (mmol/l)	8,6 ±4,7	5,7 ±2,8	7,6 ±4,3	**p <0,05**

Nhận xét: Tất cả BN trong nhóm nghiên cứu đều tăng điểm SOFA, có nồng độ lactat máu tăng cao. Điểm SOFA trung bình chung lần lượt là 10,5 ±3 nhóm BN tử vong/ nặng về có điểm SOFA trung bình cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

Nồng độ lactat trung bình chung là 7,6 ±4,3. Nhóm tử vong/ nặng về có nồng độ lactat cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống (p<0,05).

Bảng 2*. Liên quan giữa mức điểm qSOFA và nồng độ PCT với tỷ lệ tử vong của BN*

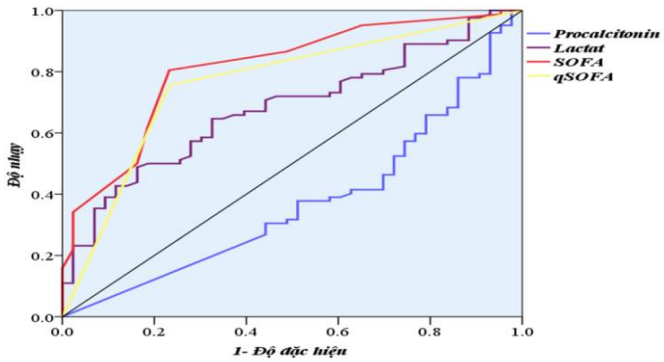
Điểm SOFA	**Tử vong/ nặng về** (n =82)		**Sống** (n =43)		**Tổng** (N =125)		**p**
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	
<3	0	0	1	2,3	1	0,8	**p <0,05**
3-6	2	2,4	5	11,6	7	5,6	
7-10	29	35,4	29	67,4	58	46,4	
11-15	42	51,2	8	18,6	50	40	
>15	9	11	0	0	9	7,2	

Nhận xét: 100% BN có SOFA >15 điểm (9 BN) đều tử vong, 84% BN có SOFA 11-15 điểm (42/50 BN) tử vong.

Bảng 3. Liên quan giữa các mức nồng độ lactat với tỷ lệ tử vong

Nồng độ lactat (mmol/l)	Tử vong/ nặng về (n =82)		Sống (n =43)		Tổng (N =125)		p
	N	%	n	%	n	%	
2 – 5,9	29	35,4	29	67,4	58	46,4	
6 – 9,9	25	30,5	11	25,6	36	28,8	
10 – 13,9	16	19,5	2	4,7	18	14,4	**p <0,05**
14 – 17,9	7	8,5	1	2,3	8	6,4	
18 – 21,9	5	6,1	0	0	5	4,0	

Nhận xét: BN có nồng độ lactat 2 – 5,9 mmol/l chiếm tỷ lệ cao nhất (46,4%). Nồng độ lactat càng cao tỷ lệ tử vong càng lớn: BN có lactat 2 – 5,9 mmol/l tử vong 50%, lactat 10 – 13,9 mmol/l tử vong 88,9% và lactat 18 – 21,9 mol/l tử vong 100%.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC tiên lượng tình trạng tử vong/ nặng về

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của SOFA, lactat, tương ứng là 0,81; 0,68 cho thấy thang điểm SOFA và nồng độ lactat có giá trị trong tiên lượng BN tử vong/ nặng về do sốc nhiễm khuẩn, PCT trong nghiên cứu này chưa có ý nghĩa để tiên lượng BN tử vong/ nặng về.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu

Tuổi trung bình là 66,3 ±15,1. Tuổi cao nhất là 99 và thấp nhất là 20 tuổi. Chủ yếu tập trung ở nhóm 61 đến 80 tuổi (42,3%). Tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết, SNK tăng gấp hơn 100 lần ở những người già trên 85 tuổi (26,2/1000) so với trẻ em (0,2/1000) [6]. Điều đó có nghĩa là khi tuổi thọ người dân ngày càng được nâng lên, có thể càng có nhiều BN SNK nhập viện. Nhiễm khuẩn huyết và SNK có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi. Tuổi càng cao, sức đề kháng càng giảm, thêm vào đó BN có thể mắc một số bệnh mạn tính kèm theo. Đây là yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn và tạo điều kiện cho nhiễm khuẩn tiến triển nặng dần dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, SNK, khả năng phục hồi cũng khó khăn hơn. Kết quả của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu về SNK trước

đây như trong nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011), tuổi trung bình là 63,6 ±15,0 [1].

Nam giới chiếm 55,2% cao hơn nữ giới (44,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả, tuy nhiên tỷ số nam/ nữ có khác nhau. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, nghĩa là nữ có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn huyết, SNK thấp hơn so với nam giới. Đó có thể do đáp ứng miễn dịch bẩm sinh của nữ giới tốt hơn, sự khác biệt về Hormon giới tính: Hormon giới tính nam - androgen bị ức chế trong quá trình nhiễm khuẩn, nam giới có tình trạng suy giảm miễn dịch qua trung gian tế bào. Ngược lại, nội tiết tố sinh dục nữ có tác dụng tăng cường miễn dịch, thể hiện vai trò bảo vệ cơ thể trước nhiễm trùng. Ngoài ra, có sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh mãn tính, yếu tố xã hội - môi trường như rượu bia, thuốc lá, môi trường làm việc...[6].

Bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là tim mạch (29,6%) (trong đó tăng huyết áp hay gặp hơn cả) tiếp đến là bệnh lý đái tháo đường (22,4%). Chúng tôi nhận thấy rằng, BN có bệnh đồng mắc có nguy cơ tử vong cao gấp 3,9 lần so với BN không có bệnh đồng mắc (p <0,05). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang: Tăng huyết áp và tiểu đường chiếm tỷ lệ cao (48,8% và 19,9%) [1].

Ổ nhiễm khuẩn hàng đầu là ổ bụng (44,8%), tiếp đến là hô hấp với 41,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí ổ nhiễm khuẩn giữa hai nhóm BN (p <0,05), trong đó nhiễm trùng đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm BN tử vong/ nặng về (51,2%).

Vì vậy, đối với các BN có tình trạng viêm ổ bụng có các yếu tố nguy cơ như người cao tuổi, suy giảm miễn dịch,...cần được điều trị tích cực, đúng phác đồ để không dẫn đến tình trạng bệnh nặng hơn như nhiễm khuẩn huyết hay SNK. Đồng thời cần phải dự phòng các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cho các đối tượng có yếu tố nguy cơ cao.

4.2. Giá trị của thang điểm SOFA và nồng độ lactat trong tiên lượng tử vong do sốc nhiễm khuẩn

Trong số 125 BN thuộc nhóm nghiên cứu, có 65,6% BN tử vong/ nặng về. Tỷ lệ này cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Nguyễn Viết Quang Hiển năm 2015 - 2017 tỷ lệ tử vong của BN SNK là 42,9% [4].

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán SNK của Sepsis 3 (2016) trong khi các nghiên cứu trên tuân theo các định nghĩa SNK của từng thời kỳ khác nhau. Do vậy, tỷ lệ tử vong của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu này có thể là do thay đổi trong định nghĩa chẩn đoán SNK. Ngoài ra, một số yếu tố khác có thể giải thích sự khác biệt, chẳng hạn như tuổi BN, bệnh lý mãn tính đi kèm, vị trí, loại nhiễm khuẩn, tình trạng bệnh lúc vào viện, mức độ nghiêm trọng của rối loạn chức năng cơ quan... Tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu năm 2003 nhận định rằng xu hướng mắc và tử vong do nhiễm khuẩn huyết, SNK dự kiến sẽ tiếp tục tăng do già hóa dân số, tăng gánh nặng của tình trạng sức khỏe mãn tính và tăng sử dụng liệu pháp ức chế miễn dịch, cấy ghép, hóa trị và các thủ tục xâm lấn [6].

Năm 2019, một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thuỷ cũng trên đối tượng BN

SNK tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, đã đưa ra tỷ lệ tử vong là 75% [3], cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi mặc dù cả hai nghiên cứu đều cùng áp dụng một tiêu chuẩn chẩn đoán. Điều này phần nào đó phản ánh về chất lượng trong quy trình nhận biết, xử trí và điều trị BN SNK ngày càng được nâng cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SOFA trung bình chung là 10,5 ±3, nhỏ nhất là 3 điểm, cao nhất là 18 điểm, trung bình nhóm BN sống là 8,5 ±2,3, nhóm tử vong/ nặng về là 11,6 ±2,8, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,05). Điểm SOFA càng cao, tỷ lệ tử vong càng lớn (p =0,00): Điểm SOFA 3 - 6 tử vong 28,6%, 11 - 15 điểm tỷ lệ tử vong tăng lên 84%, đặc biệt SOFA >15 điểm tỷ lệ tử vong là 100%. Diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng tình trạng tử vong/ nặng về là 0,81 cho thấy SOFA là thang điểm có giá trị trong tiên lượng BN tử vong/ nặng về do SNK với điểm cắt là 9,5 điểm, độ nhạy 0,805, độ đặc hiệu 0,767.

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của một số tác giả. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo, điểm SOFA trung bình là 10,3 ±1,3, của Nguyễn Văn Thuỷ SOFA trung bình là 10,3 ± 2,5 và thang điểm SOFA là thang điểm có giá trị trong tiên lượng BN tử vong/ nặng về do SNK. Tuy nhiên, diện tích dưới đường cong ROC và điểm cắt trong tiên lượng BN tử vong nặng về thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (AUCROC =0,713, điểm cắt 8,5 với độ nhạy 0,82, độ đặc hiệu 0,6) [3]. Đồng thời, cao hơn của Trần Xuân Thịnh với SOFA trung bình 9,71 ±5,7, diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng BN tử vong/ nặng về là 0,76. Tuy nhiên điểm cắt trong nghiên cứu này là 10, độ nhạy 0,623, độ đặc hiệu 0,806 cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [1], của Hoàng Văn Quang, điểm SOFA trung bình là 9,3 ±3,1, trong đó nhóm BN sống là 8,0 ±2,9, nhóm tử vong/ nặng về 10 ±2,7, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,05) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ lactat trung bình là 7,6 ±4,3 mmol/l, trong đó nhóm BN tử vong/ nặng về là 8,6 ±4,7 lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống: 5,7 ±2,8 mmo/l (p<0,05). BN có nồng độ lactat 2 – 5,9 mmol/l chiếm tỷ lệ cao nhất (46,4%). Nồng độ lactat càng cao tỷ lệ tử vong càng lớn: BN có lactat 2 – 5,9 mmol/l tử vong 50%, lactat 10 – 13,9 mmol/l tử vong 88,9% và lactat 18 – 21,9 mmol/l tử vong 100%. Diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng tình trạng tử vong/ nặng về là 0,681 cho thấy nồng độ lactat tại thời điểm được chẩn đoán SNK có giá trị tiên lượng trung bình với điểm cắt là 7,83 mmol/l, độ nhạy 0,488, độ đặc hiệu 0,837.

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Anh lactat trung bình 5,68 mmol/l [2]; của Nguyễn Văn Thuỷ: lactat 9,0 ±12,6 mmol/l, không có mối liên quan giữa trị số này với kết quả sau điều trị của BN (p >0,05) [3]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thịnh, lactat có diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng tình trạng tử vong/ nặng về là 0,86 với điểm cắt 4,1 mmol/l, độ nhạy 0,942, độ đặc hiệu 0,645 [5]. Lactat là chỉ số chỉ điểm cho tình trạng giảm tưới máu mô, hậu quả của chuyển hoá yếm khí. Khi quá trình sốc xảy ra, nhu cầu oxy của tổ chức tăng thêm, cung lượng tim giảm, co mạch

gây thiếu oxy mô. Tại tổ chức, các mô cơ thể sẽ tăng cường chiết tách oxy do vậy sẽ làm cho độ bão hòa oxy tĩnh mạch từ từ giảm dần. Nếu quá trình này tiếp tục kéo dài, tình trạng nợ oxy mô ngày một trầm trọng, mô cơ thể sẽ xuất hiện quá trình chuyển hóa yếm khí sản sinh ra lactat. Kết quả là lactat tăng dần trong máu. Do đó, chỉ số lactat lúc mới nhập viện góp phần đánh giá mức độ nặng ở BN sốc. Nồng độ lactat càng cao tiên lượng BN càng nặng. Theo dõi nhiều lần nồng độ lactat máu có thể giúp đánh giá hiệu quả của các biện pháp hồi sức ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng, SNK.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm SOFA là thang điểm có giá trị trong tiên lượng BN tử vong/ nặng về do SNK (AUCROC =0,81, điểm cắt là 9,5 điểm, độ nhạy 0,805, độ đặc hiệu 0,767). Nồng độ lactat tại thời điểm được chẩn đoán SNK có giá trị tiên lượng trung bình (AUCROC =0,681, điểm cắt là 7,83 mmol/l, độ nhạy 0,488, độ đặc hiệu 0,837).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Quang** (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Hoàng Anh (**2017). Đánh giá kết quả bước đầu điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn trong 6 giờ đầu theo hướng dẫn "Chiến dịch hồi sức nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn", Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 34 Đại học y dược TP Hồ Chí Minh 2017.
3. **Nguyễn Văn Thuỷ** (2019). Áp dụng thang điểm SOFA, qSOFA và APACHE II trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An, Đề tài cấp cơ sở báo cáo tháng 12/ 2019.
4. **Nguyễn Viết Quang Hiển** (2019). Nghiên cứu giá trị của Presepsin huyết tương trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn, Luận văn Tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.
5. **Trần Xuân Thịnh** (2017). Nghiên cứu sự biến đổi và giá trị tiên lượng của Procalcitonin huyết thanh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng/ sốc nhiễm khuẩn sau phẫu thuật ổ bụng, Luận văn Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Avni T, Lador A., Lev S., et al** (2015). "Vasopressors for the treatment of septic shock": Systematic review and Meta-Analysis. Plos One, 10(8), pp e0129305.
7. **Mayr F.B., Yende S., Angus D.C** (2014), "Epidemiology of severe sepsis", Virulence, **5** (**1**), pp 4-11.
8. **Ndidiamaka Musa, Srinivas Murthy, Niranjan Kissoon, Rakesh Lodha, and Suchitra Ranjit** (2019), Pediatric Sepsis and Septic Shock Management in Resource-Limited Settings. https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553811/

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TẬT LỖ TIỂU THẤP BẰNG PHƯƠNG PHÁP DUPLAY-SNODGRASS TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG ĐỒNG NAI

Chu Văn Lai[1], Phạm Hữu Anh Vũ[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ biến chứng sau mổ tật lỗ tiểu thấp bằng kỹ thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp Duplay - Snodgrass. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca. Nghiên cứu thực hiện trên những bệnh nhi được phẫu thuật từ 01/2013 - 01/2019 tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai. **Kết quả:** Có 60 bệnh nhi bị tật lỗ tiểu thấp được phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp Duplay-Snodgrass. Bề rộng quy đầu trung bình là 13,8mm (SD 2,9), có 50% số trường hợp bề rộng quy đầu < 14mm. Có 11 (18,3%) bệnh nhi bị biến chứng cần mổ lại: 9 trường hợp rò niệu đạo, 1 trường hợp bung niệu đạo, 1 trường hợp tụt lỗ tiểu. **Kết luận:** Với tỉ lệ biến chứng cần mổ lại chấp nhận được, chúng tôi thấy rằng tạo hình niệu đạo theo phương pháp Duplay - Snodgrass là phù hợp trong điều trị tật lỗ tiểu thấp ở những bệnh viện nhi tuyến tỉnh.

***Từ khóa*:** Tật lỗ tiểu thấp, tạo hình niệu đạo.

SUMMARY

INITIAL OUTCOME OF HYPOSPADIAS TREATMENT USING DUPLAY-SNODGRASS TECHNIQUE AT DONG NAI CHILDREN HOSPITAL

Objectives: To determine postoperative complications' rate in using Duplay-Snodgrass urethroplasty technique for hypospadias. **Subjects and Methods:** A retrospective and descriptive study of case series about hypospadias patients were selected from February 2013 to February 2019 at Dong Nai's Children Hospital. **Results:** A total of 60 hypospadias patients underwent urethroplasty using Duplay-Snodgrass technique in the study. The glans penis width was measured in 56 patients with average diameter was 13.8mm (SD 2.9), and 28(50%) boys had glans width less than 14mm. Postoperative complications required redo-surgery found in 11(18.3%) cases: nine urethrocutaneous fistula, one glans dehiscence and one urethral dehiscence. **Conclusions:** Postoperative complication rate required re-surgery could be accepted, the Duplay-Snodgrass urethroplasty technique is a good choice for hypospadias repair at the provincial pediatric hospitals.

Key words: Hypospadias, urethroplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị tật lỗ tiểu thấp (LTT) vẫn là một thách thức với các bác sĩ niệu nhi. Mặc dù đã có hơn 300 phương pháp được giới thiệu nhưng chưa phẫu thuật nào là lựa chọn tối ưu cho tất cả các thể LTT. Tuy nhiên, sự ra đời của phương pháp Duplay (1874) và được cải tiến bởi Snodgrass (1994) được xem như là giải pháp tốt nhất cho tật LTT thể trước[1]. Từ đó, ngày càng có nhiều nghiên cứu đánh giá tính khả thi của kỹ thuật

[1]*Bệnh viện Nhi Đồng Nai*
Chịu trách nhiệm chính: Chu Văn Lai
Email: lovosarcoma@yahoo.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

này áp dụng đối với LTT thể giữa và thể sau thân dương vật [1,2,3]. Sự phổ biến của kỹ thuật Duplay-Snodgrass đến từ: tính đơn giản, đây là phẫu thuật một thì, số đường rạch và đường khâu ít; tính thẩm mỹ của kỹ thuật thể hiện rõ nét qua hình thái miệng sáo, quy đầu cân đối và đủ da dương vật để che phủ; tỉ lệ biến chứng thấp và phần lớn là biến chứng nhẹ. Kỹ thuật này thường được chỉ định khi sàn niệu đạo mềm mại, khỏe mạnh và độ dài đoạn niệu đạo tạo hình không vượt quá 20mm [3].

Tại Việt Nam, ngoài các trung tâm nhi khoa ở Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh, một số bệnh viện tuyến tỉnh đã bắt đầu thực hiện kỹ thuật Duplay-Snodgrass để điều trị LTT: Khánh Hòa (2011) [1], Đà Nẵng (2013) [2], Bình Định (2015) [4]…Tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai, chúng tôi thực hiện phẫu thuật điều trị tật LTT từ năm 2011 với sự hỗ trợ kỹ thuật của bệnh viện Nhi đồng 1 và từ năm 2013 chúng tôi bắt đầu triển khai phẫu thuật dị tật này.

Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỉ lệ biến chứng sau mổ tật lỗ tiểu thấp bằng kỹ thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp Duplay - Snodgrass.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các trường hợp bị tật LTT được phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp Duplay-Snodgrass tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai trong 6 năm, từ tháng 01/2013 - 01/2019. Các trường hợp không có thông tin tái khám không được đưa vào lô nghiên cứu.

Kết quả phẫu thuật được đánh giá bằng hình thể dương vật và chức năng đi tiểu của bệnh nhi. Hầu hết các tác giả chia làm hai mức độ:

- Kết quả tốt: Khi tạo được dương vật bình thường, không có biến chứng nào.
- Kết quả xấu: Khi có biến chứng sau mổ ảnh hưởng đến hình thể hoặc chức năng của dương vật

2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

- Thu thập số liệu bằng bệnh án mẫu.
- Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata (StataCorp, College Station)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 6 năm, từ tháng 01/2013 đến tháng 1/2019 chúng tôi có 60 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Tuổi khi phẫu thuật: trung bình 50,13 tháng (SD 38,12) (12 tháng - 15 tuổi). Các đặc điểm trong lúc mổ được liệt kê ở Bảng 1.

Có 56 trường hợp ghi nhận bề rộng quy đầu: 50% số trường hợp có bề rộng < 14mm, trong đó 5 trường hợp chỉ rộng 10mm. 15(25%) trường hợp không cong dương vật. 45 trường hợp còn lại sau khi bóc tách da thân dương vật xuống (degloving): 36 hết cong, 9 còn cong nhẹ (< 30^o) cần phải khâu gấp bao cân dương vật ở mặt lưng (kỹ thuật Baskin).

Bảng 1: Các đặc điểm trong lúc mổ

Các đặc điểm	n (%)
Bề rộng quy đầu: 13,8mm (SD 2,9) (10-25mm) < 14mm ≥ 14mm	56 (93,3) 28 (50) 28 (50)
Cong dương vật sau khi degloving Không cong Còn cong nhẹ (<30^o)	 51 (85) 9 (15)
Độ dài đoạn niệu đạo thiểu sản: 5mm (SD 3,6) (1-15mm)	55 (91,7%)
Vị trí lỗ tiểu sau khi degloving Xa thân Giữa thân Gần thân Gốc dương vật	 23 (38,3) 19 (31,7) 16 (26,7) 2 (3,3)
Độ dài đoạn niệu đạo tạo hình: 15,5mm (SD 5,3) (10-35mm)	
Phương pháp tạo hình niệu đạo Duplay Snodgrass	 47 (78,3) 13 (21,7%)
Thời gian phẫu thuật: 86,5 phút (SD17,3) (55 phút – 130 phút)	

Đoạn niệu đạo thiểu sản cắt bỏ trước khi tạo hình là 5mm (SD 3,6), có những trường hợp niệu đạo thiểu sản suốt chiều dài của dương vật (Hình 1).Vị trí lỗ tiểu sau khi degloving phần lớn nằm ở thân, chỉ có 2 trường hợp nằm ở gốc dương vật. Có 7 trường hợp có đoạn niệu đạo cần tạo hình lớn hơn 20mm và các trường hợp này đều gặp ở các trẻ từ 3-15 tuổi.



Hình 1: Niệu đạo thiểu sản đoạn dài

Có 47 (78,3%) bệnh nhi được thực hiện tạo hình niệu đạo theo phương pháp Duplay, trong đó 8 bệnh nhi có làm kỹ thuật Baskin. 13 (21,7%) bệnh nhi còn lại được tạo hình theo phương pháp Snodgrass trong đó có một bệnh nhi được làm kỹ thuật Baskin.

Thời gian lưu thông tiểu: 9,18 ngày (SD 2) (5 ngày -13 ngày). Số ngày nằm viện: 13,7 ngày (SD 3,1) (9 ngày – 20 ngày). Biến chứng sớm sau mổ được ghi nhận ở 10 (16,7%) bệnh nhi, trong đó có 9 bệnh nhi nhiễm trùng vết thương, 1 bệnh nhi bị bí tiểu sau khi rút thông tiểu vào ngày hậu phẫu thứ 8. Tất cả các bệnh nhi này đều bị rò, hay bung niệu đạo sau đó.

Tất cả các bệnh nhi được theo dõi ít nhất 5 tháng sau mổ, chúng tôi ghi nhận biến chứng muộn trong 19 (31,7%) trường hợp: 9 (15%) rò niệu đạo, 1 (1,7%) tụt lỗ tiểu, 1

(1,7%) bung niệu đạo, 4 (6,7%) hẹp lỗ tiểu. Có 2 bệnh nhi cong dương vật sau mổ mà không được làm kỹ thuật Baskin trước đó: 1 kèm rò niệu đạo, trường hợp còn lại kèm tụt lỗ tiểu. Cả 2 trường hợp này đều được sửa tật cong khi vá rò niệu đạo và tạo hình lại lỗ tiểu. 4 (6,7%) bệnh nhi có hình dạng lỗ tiểu không tự nhiên nhưng không ảnh hưởng về chức năng đi tiểu. Trong 11 (18,3%) trường hợp rò, bung niệu đạo và tụt lỗ tiểu, chúng tôi phẫu thuật lại cho 9 trường hợp, 1 trường hợp chưa được phẫu thuật và 1 trường hợp phẫu thuật ở bệnh viện tuyến trên. Trong 9 trường hợp mổ lại chúng tôi có 7 trường hợp có kết quả tốt, 2 trường hợp bị rò tái phát lần thứ hai.

Ngoài 11 bệnh nhi trên đây, gia đình của 49 (81,7%) bệnh nhi còn lại đều hài lòng với hình thể và chức năng của dương vật

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị LTT có thể được thực hiện ở những trẻ từ 6-9 tháng tuổi, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhi là 50,13 tháng (SD 38,12). Ngoài yếu tố hạn chế trong việc tiếp xúc với dịch vụ y tế [4] theo chúng tôi sự e ngại khi phẫu thuật ở những trẻ có bề rộng quy đầu nhỏ cũng là một nguyên nhân quan trọng kiến bệnh nhi được phẫu thuật trễ hơn vì có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng tụt lỗ tiểu sau mổ. Trong nghiên cứu này có tới 50% trẻ có kích thước quy đầu nhỏ hơn 14mm. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu mới đây[6], Faasse cho rằng kích thước của quy đầu không phải là một yếu tố nguy cơ đối với biến chứng sau mổ tật LTT.

Chúng tôi thấy rằng, phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu, cong dương vật là do mô xơ mặt bụng dương vật và khi degloving có thể làm thẳng dương vật trong đa số các trường hợp. Chỉ có 9 (15%) bệnh nhi cần thực hiện kỹ thuật Baskin. Chúng tôi không thực hiện gây cương dương vật thường quy trong tất cả các trường hợp như khuyến cáo của Tugtepe [8], điều này có thể là lý do dẫn đến hai trường hợp cong dương vật tồn tại sau mổ.

Độ dài đoạn niệu đạo thiểu sản cắt bỏ trước khi tạo hình niệu đạo không được ghi nhận ở các nghiên cứu trong nước. Trong nghiên cứu này, độ dài đoạn niệu đạo thiểu sản cắt bỏ trung bình là 5mm (SD3,6). Việc cắt bỏ đoạn niệu đạo thiểu sản tới chỗ chia đôi của thể xốp trước khi tạo hình niệu đạo là cần thiết, tuy nhiên trong thực tế chúng tôi gặp những trường hợp có đoạn niệu đạo thiểu sản rất dài (Hình 1). Trong những trường hợp này, chúng tôi chỉ cắt bỏ phần mỏng nhất, tới vị trí mà có thể tách da ra khỏi niêm mạc niệu đạo. Phần niệu đạo thiểu sản còn lại được tăng cường bởi spongioplasty và mô Dartos lưng dương vật sau đó.

Độ dài đoạn niệu đạo tạo hình trong nghiên cứu là 15,5mm (SD 5,3), phù hợp để thực hiện kỹ thuật Duplay - Snodgrass theo quan điểm của các tác giả [2,3]. So với nghiên cứu của Phan Xuân Cảnh [4], độ dài đoạn niệu đạo tạo hình trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn, điều này có thể do bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình nhỏ hơn và tất cả đều là trẻ em. Tuy nhiên so với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thạch [3] thì dài hơn, có thể do chúng tôi phẫu thuật cho LTT thể giữa và thể sau.

Biến chứng nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao: 15%. Mặc

dù chưa có nghiên cứu nhưng theo kinh nghiêm của chúng tôi, việc tạo sự ổn định vết thương sau mổ bằng việc cố định vững dương vật và hạn chế thay băng sau mổ có vai trò quan trọng trong việc hạn chế biến chứng này. Trong giai đoạn gần đây, chúng tôi thường băng ép nhẹ dương vật từ 3-5 ngày sau đó chúng tôi mở băng và để hở vết thương cho tới khi rút thông tiểu.

Có 11 (18,3%) bệnh nhi bị rò, bung niệu đạo hay tụt lỗ tiểu sau mổ, tỉ lệ này cũng tương tự như các nghiên cứu khác [1,2,4]. Có nhiều yếu tố liên quan đến các biến chứng này như tuổi phẫu thuật, bề rộng của quy đầu, thể LTT, độ dài đoạn niệu đạo tạo hình, trình độ của phẫu thuật viên [7]…Điều này cần các nghiên cứu sâu hơn để đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Với những ưu điểm so với các phương pháp khác trong điều trị tật lỗ tiểu thấp và tỉ lệ biến chứng cần mổ lại chấp nhận được, chúng tôi thấy rằng phương pháp tạo hình niệu đạo theo kỹ thuật Duplay-Snodgrass là phù hợp ở những bệnh viện nhi tuyến tỉnh. Kích thước quy đầu có thực sự là một yếu tố ảnh hưởng tới tỉ lệ biến chứng sau mổ hay không cần có những nghiên cứu sâu hơn để đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thương, Nguyễn Thanh Tồn, Phan Hữu Nhân.** Đánh giá kết quả điều trị lỗ tiểu thấp bằng phẫu thuật cuộn ống tại chỗ ở bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa. Y học TP. Hồ Chí Minh 2011; 15(3):138-141.
2. **Nguyễn Phi Phong, Trần Văn Trọng.** Kết quả bước đầu điều trị lỗ tiểu thấp tại bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng. Y học TP. Hồ Chí Minh 2013; 17(3):125-128.
3. **Phạm Ngọc Thạch, Nguyễn Văn Quang, Ngô Tấn Vinh và cs.** Mô tả bước đầu phẫu thuật điều trị tật lỗ tiểu thấp thể trước theo phương pháp Duplay-Snodgrass. Y học TP. Hồ Chí Minh 2009; 13(6):100-105.
4. **Phan Xuân Cảnh, Phạm Văn Phú, Hàn Cảnh Định và cs.** Đánh giá kết quả điều trị lỗ tiểu thấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định. Y học TP. Hồ Chí Minh 2015; 19(5):110-113.
5. **Bush N.C., DaJusta D., Snodgrass W.T.** Glans penis width in patients with hypospadias compared to healthy controls. J Pediatr Urol 2013; 9(6): 1188-1191.
6. **Faasse M.A., Johnson E.K.,** Bowen D.K. Is glans penis width a risk factor for complications after hypospadias repair?. J Pediatr Urol 2016; 12(4): 202.e1-202.e5.
7. **Sarhan O.M., El-Hefnawy A.S., Hafez A.T.** Factors affecting outcome of tubularized incised plate (TIP) urethroplasty: single-center experience with 500 cases. J Pediatr Urol 2009; 5:378-382.
8. **Tugtepe H., Thomas D.T., Kandirici A**. Should we routinely test for chordee in patients with distal hypospadias? Eur J Pediatr Surg 2015; 25(4): 195-198.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH CO THẮT TÂM VỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI VỚI VỊ TRÍ PHẪU THUẬT VIÊN BÊN TRÁI

Nguyễn Văn Hương*, Đinh Văn Chiến*, Nguyễn Văn Thủy* và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả an toàn và hiệu quả điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phẫu thuật nội soi với vị trí phẫu thuật viên bên trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu từ 2014-10/2020, có 19 BN. **Kết quả:** Tuổi trung bình 43,6 tuổi, 57,9% nam và 42,1% nữ. 89,5% nuốt nghẹn, thời gian mắc nuốt nghẹn trung bình 30,7 tháng. Xquang thực quản có 15,8% thực quản bình thường hoặc giãn nhẹ, 52,6% dãn có hình mỏ chim và 31,6% hình sigma. Thời gian mổ trung bình 121,4 ± 33,9 phút. 5,3% chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở, 5,3% thủng niêm mạc thực quản. Không có biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 7,1 ± 1,6 ngày. Chất lượng sống sau mổ cho kết quả rất tốt và tốt 84,2%. **Kết luận:** Điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phẫu thuật nội soi với vị trí phẫu thuật viên bên trái là an toàn và hiệu quả, ít đau, thời gian phục hồi và nằm viện ngắn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi co thắt tâm vị, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF ACHALASIA BY LAPAROSCOPIC SURGERY WITH SURGEON STANDS ON THE LEFT SIDE OF PATIENT

Objectives: to evaluate the outcomes, feasibility and safety of treatment of achalasia by laparoscopic surgery with left-site surgeon. **Subjects and Methods:** Descriptive cross-sectional study. 19 patients with achalasia were operated on for laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication with left-site surgeon from 2014 to October 2020. **Results:** Age mean 43,6, male 57,9% and female 42,1%. 89,5% of patient have dysphagia, mean dysphagia time 30,7 month. X-ray with contrast of esophageal has bird beak picture: 52,6%, sigma form 31.6% and normal or slightly dilation 15,8%. The average operation time was 121,4 ± 33,9 mins, 5.3% complications in surgery was bleeding to open surgery, 5.3% esophageal perforation occurred. without case complications after surgery. The average length of postoperative hospital stay was 7,1 ± 1,6 days. Quality of life after surgery was very good, good 84,2%. **Conclusions:** Laparoscopic surgery with left-site surgeon for treatment of achalasia is technique performed safely and effectively.

Keywords: Laparoscopic achalasia, Nghe An Friendship general hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh co thắt tâm vị (Achalasia) là bệnh do rối loạn vận động nguyên phát của cơ thắt dưới thực quản. Thomas Willis mô tả một trường hợp co thắt tâm vị tiên vào năm 1674. Năm 1927, Arthur Hurst thấy rằng cơ thắt thực quản dưới không mở ra khi có cử động

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương
Email: vanhuongts@gmai.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

nuốt và đặt tên cho bệnh này là Achalasia [1],[2].

Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau: điều trị nội khoa làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới, tiêm botulinum toxin (Botox), nong thực quản, mở cơ thắt dưới thực quản qua nội soi đường miệng (POEM), phẫu thuật Heller. Các thủ thuật chống trào ngược sau mở cơ thắt dưới thực quản tâm vị như là Dor hoặc Toupet hoặc Nissen-Rossetti [2],[3],[6],[7]. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn là phẫu thuật Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor và có nhiều cải tiến kỹ thuật trong quá trình phẫu thuật. Hiên nay, có rất nhiều cải tiến kỹ thuật trong phẫu thuật nội soi để điều trị co thắt tâm vị như vị trí phẫu thuật viên đứng bên phải, phẫu thuật viên đứng giữa hai chân người bệnh nhưng trong quá trình nghiên cứu chúng tối thấy vị trí phẫu thuật viên bên trái có nhiều ưu điểm hơn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phẫu thuật nội soi với vị trí phẫu thuật viên bên trái tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 19 bệnh nhân bị bệnh co thắt tâm vị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: Mô tả tiến cứu từ 2014 đến 10/2020.

- Biến số nghiên cứu:

+ Đánh giá đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, quá trình điều trị trước đó, sụt cân, nuốt nghẹn, nôn ói, đau ngực, ợ nóng.

+ Cận lâm sàng: nội soi thực quản, hình ảnh X quang, cắt lớp vi tính.

+ Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, chiều dài đường mở cơ thực quản tâm vị, tai biến, biến chứng, thời gian rút ống thông dạ dày, thời gian nằm viện.

+ Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngữa, dạng 2 chân, phẫu thuật viên đứng bên trái và tiến hành theo các bước sau:

Bước 1: Đặt 5 trocar

Bước 2: Thăm dò đánh giá tổn thương và các tổn thương phối hợp nếu có.

Bước 3: Bộc lộ 1/2 trước thực quản qua chổ hẹp để di dộng thực quản.

Bước 4: Bộc lộ tâm phình vị dạ dày, di động phần phình vị đến ngang rốn lách.

Bước 5: Mở cơ thực quản theo phương pháp Heller từ đường tâm vị thực quản (đường Z) lên trên khoảng 4 - 6 hoặc hơn tùy theo tổn thương dày hẹp cơ thực quản, mở cơ tâm vị dưới đường Z khoảng 2 - 3 cm, bộc lộ 1/2 chu vi niêm mạc thực quản.

Bước 6: Tạo van chống trào ngược kiểu Dor.

Bước 7: Bơm rữa sạch ổ bụng, kiểm tra lại diện bóc tách và đóng các lỗ trocar.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 19 bệnh nhân từ năm 2014 đến 10/2020, có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi và giới: Tuổi trung bình 43,6 ± 17,6 (18 - 77), 57,9% nam và 42,1% nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,4/1

- Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N	Tỉ lệ %
Nuốt nghẹn	17	89.5
Nôn ói	11	57.9
Sụt cân	19	100

Thời gian mắc nuốt nghẹn trung bình 30,7 ± 45,9 tháng, từ 2 đến 144 tháng.

- Tiền sử: 12 (63,2%) bệnh nhân đã được chẩn đoán co thắt tâm vị trước và đã điều trị bằng nội soi nong thực quản. Có 15 (78,9%) điều trị viêm loét dạ dày nhiều năm.

- Cận lâm sàng:

Bảng 2: Các đặc điểm nội soi thực quản

Triệu chứng	N	Tỉ lệ %
Ứ đọng dịch và thức ăn	9	47.4
Thực quản giãn	15	78.9
Tâm vị co thắt nhiều, máy nội soi qua khó	5	26.3

Bảng 3: Phân bố người bệnh theo hình dạng Xquang cản quang

Hình ảnh Xquang cản quang	N	Tỉ lệ %
Thực uản dãn hình mỏ chim	10	52.6
Thực quản dãn hình Sigma	06	31.6

100% không có hình bóng hơi dạ dày trên phim chụp Xquang bụng không chuẩn bị.

3.2. Kết quả phẫu thuật

- 100% trường hợp được tiến hành phẫu thuật nội soi với vị trí phẫu thuật viên bên trái. - Thời gian mổ trung bình 121,4 ± 33,9 phút, từ 70 phút đến 180 phút.

- Kỹ thuật mổ: Chiều dài mở cơ thực quản - tâm vị trung bình: 8,3 ± 1,0 (7-10) cm, mở cơ thực quản trên đường Z dài trung bình 5,9 (5-7) cm, mở cơ tâm vị dưới đường Z dài trung bình 2,5 (2-3) cm, bề ngang 1/2 chu vi thực quản. Thời gian rút ông thông dạ dày trung bình 2,5 ± 2,2 (0 - 6) ngày. Thời điểm bắt đầu ăn sau mổ trung bình: 4,1 ± 1,5 (2 - 6) ngày. Thời gian nằm viện trung bình 7,1 ± 1,6 (5 - 11) ngày. Tai biến trong mổ: có 02 (10,6%) trong đó 01 trường hợp bị chảy máu từ nhánh của tĩnh mạch gan nên chuyển mổ mở, 01 trường hợp thủng niêm mạc thực quản, sau mổ cả 2 trường hợp đều ổn định ra viện. Không có tử vong trong mổ và biến chứng sau mổ.

3.3. Kết quả kiểm tra:

Bảng 4: Triệu chứng khám lại theo hẹn sau mổ

Triệu chứng	N	Tỷ lệ %
Còn nuốt nghẹn nhẹ	2	10.5
Nôn ói	1	5.3
Xquang thực quản cản quang lưu thông tốt	19	100
Nội soi thực quản lưu thông tốt, không hẹp	19	100

Bảng 5: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh sau mổ theo thang điểm Likert

Triệu chứng	N	Tỷ lệ %
Rất tốt	08	42.1
Tốt	08	42.1
Trung bình	03	15.8

Đánh giá sự hài lòng theo thang điểm Likert có 5 mức độ: Rất tốt, Tốt, Trung bình, Chấp nhận được và Không chấp nhận.

Bảng 6: So sánh triệu chúng nuốt nghẹn và nôn ói trước mổ với sau mổ

Triệu chứng	Trước mồ	Sau mổ	P
Nuốt nghẹn	17 (89.5%)	2 (10.5%)	P < 0.001
Nôn ói	8 (42.1%)	1 (5.3%)	P = 0.070

Triệu chứng nuốt nghẹn trước mổ và sau mổ có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê tính theo thuật toán kiểm Mc Nemar Test.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh co thắt tâm vị là bệnh lý gặp ở mọi lứa tuổi, theo các nghiên cứu Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1] lứa thuổi thường gặp nhất là 20 đến 40 tuổi. Nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình 43,6 ± 17,6 (18 - 77) tuổi. Rawlings [7] có 69,4% nam và 30,6% nữ. Kết quả của chúng tôi nam chiếm 57,9% và nữ 42,1%, tỷ lệ nam/nữ: 1,4/1.

Thời gian mắc chứng nuốt nghẹn trung bình 30,7 ± 45,9 tháng, từ 2 đến 144 tháng, thời gian mắc bệnh kéo dài có thể do chẩn đoán nhầm với các bệnh thông thường khác. Nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh co thắt tâm vị và là nguyên nhân chính để người bệnh đến bệnh viện. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nuốt nghẹn chiếm 89,5%, tỉ lệ nuốt nghẹn cảu Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [2] là 95,7%.

Các tác giả có tỉ lệ người bệnh có triệu chứng nôn ói từ 81,4% - 88,6%, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (57,9%).

Hình ảnh Xquang có mỏ chim 10 (52,6%) trường hợp, dạng sigma 06 (31,6%) trường hợp. Kết quả của chúng tôi chứng tỏ người bệnh co thắt tâm vị thường đến giai đoạn trễ với hình ảnh thực quản giãn chiếm đa số (84,2%). Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1], hình ảnh X quang thực quản bình thường chỉ chiếm tỷ lệ 0 - 14,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 47,4% bệnh nhân ứ đọng thức ăn, 78,9% thực quản giãn, 26,3% co thắt nhiều máy nội soi qua khó, 15,8% thực quản co thắt nhẹ. Tiêu Loan Quang Lâm (2017) 91,3% người bệnh ứ đọng dịch và thức ăn, 4,3% co thắt nhẹ tâm vị [2]. Sự tắc nghẽn gây ra bởi cơ thắt thực quản dưới không phối hợp với cử động nuốt, nên phải xẻ cơ thắt thực quản dưới để không còn chức năng này và mở cơ xuống tâm vị thêm l-2cm. Oelshlager [6] và cộng sự (2003) đưa ra tiêu chuẩn chiều dài đường mở cơ là 6-8cm và đường mở cơ này hướng về dạ dày khoảng l,5 - 2cm. Năm 2016, El Kafsi [5] và cộng sự khuyên rằng

nên mở cơ ở thực quản 5-7cm và kéo dài phía dạ dày khoảng 2-3cm. Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [2] chiều dài mở cơ 7,48 ± 1,62 (5,5-12) cm. Chiều dài trung bình chúng tôi là 8,3 ± 1,0 (7-10) cm.

Nghiên cứu của chúng tôi 100% được tiến hành phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị với vị trí phẫu thuật viên bên trái. Chúng tôi nhận thấy rằng, phẫu thuật viên bên trái trong quá trình phẫu tích bộc lộ tâm vị thực quản, mở cơ thực quả theo Heller và tạo van chống trào ngược kiểu Dor sẽ dễ dàng và thuận tiện hơn, đó là: (1) Vùng tâm vị thực quản, dạ dày lệch về bên trái và ngược chiều với che phủ của gan trái, do người phụ ở bên phải sẽ nâng gan dễ dàng hơn và bộc lộ rộng hơn nên phẫu viên bên trái thao tác dễ hơn. (2) Phẫu thuật viên bên trái thì chính diện với màn hình, các dụng cụ phẫu thuật sẽ tiến thẳng về tâm vị thực quản nên khoảng cách ngắn hơn, phẫu trường rộng hơn và không bị che khuất bởi các tạng nhờ đó các thao tác phẫu tích dễ dàng hơn, thời gian phẫu thuật nhanh hơn và hạn chế được tai biến nhất là khi mở cơ thực quản, rất dễ thủng niêm mạc ở thì này. (3) Phụ camera đứng giữa 2 chân người bệnh dễ dàng quan sát cả 2 màn hình chính phụ và quan sát vùng tâm vị thực quản dễ hơn, các góc quay rộng hơn nên bao quát hết phẫu trường giúp phẫu thuật viên kiểm soát tốt hơn và hạn chế tai biến, biến chứng.

Tai biến trong mổ: có 01 (5,3%) trường hợp bị chảy máu từ nhánh của tĩnh mạch gan trái bất thường nên chuyển mổ mở. 01 (5,3%) thủng niêm mạc thực quản, chúng tôi khâu lại niêm mạc và khâu kín cơ thực quản chổ mở qua nội soi và thực hiện lại đường mở cơ khác. Không có tử vong hay tai biến khác. Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [2] là 13,04% thủng niêm mạc thực quản và 4,35% tai biến chảy máu trong mổ. Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1] tai biến chảy máu từ động mạch vị trái 2,9% và thủng dạ dày 2,9%. Deb [4] tràn khí màng phổi 1%, chảy máu do rách bao lách 0,5%, chảy máu từ mạch máu vị ngắn 0,5% và 2% chuyển mổ mở. Chúng tôi nhận thấy điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phẫu thuật nội soi với vị trí phẫu thuật viên bên trái là kỹ thuật thực hiện thuận lợi, phẫu trường rộng và phù hợp với vị trí giải phẫu nên các thao tác thực hiện dễ dàng, tai biến, biến chứng thấp.

Đánh giá sự hài lòng theo sự đánh giá chủ quan của người bệnh, dựa vào thang điểm Likert với 5 mức độ cho kết quả: 42,1% rất tốt, 42,1% tốt và 15,8% kết quả trung bình. Abir (2004) [3] tổng hợp 12 nghiên cứu cho kết quả tốt và rất tốt từ 88 -100%.

Có 02 (10,5%) trường hợp thỉnh thoảng bị nuốt nghẹn lại sau mổ, thường bị khi ăn nhanh, lo lắng nhiều, thỉnh thoảng gây cản trở công việc. tỷ lệ nuốt nghẹn sau mổ của Oelschlager (2003) [6] là 17,0% và Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [2] là 21,7%. Kết quả triệu chứng nuốt nghẹn trước mổ và sau mổ trong nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê P <0,001.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phẫu thuật nội soi với vị trí phẫu thuật viên bên trái là kỹ thuật an toàn và hiệu quả. Bệnh

nhân ít đau, phục hồi sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn và có tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Châu Hoàng Quốc Chương (2005),** "Kết quả phẫu thuật Heller qua nội soi ổ bụng", Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. **Tiêu Loan Quang Lâm (2017),** "Kết quả phẫu thuật Heller nội soi kết hợp thủ thuật Dor trong điều trị co thắt tâm vị" Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam 2018 – Số 4, tập 8, tr23-30.
3. **Abir F., Modlin I.M, Kidd M., et al. (2004),** "Surgical treatment of achalasia; current status and controversies", Digestive surgery, 21 (3), pp. 165-176.
4. **Deb S., Deschamps c., Allen M. s., et al. (2005),** "Laparoscopic esophageal myotomy for achalasia: factors affecting functional results", Ann Thorac Surg, 80 (4), 1191-4; discussion 1194-1195.
5. **El Kafsi J„ Foiiaki A, Dehn T CB, et al. (2016),** "Management of achalasia in the UK, do we need new guidelines?", Annals of Medicine and Surgery, 12, pp. 32-36.
6. **Oelschlager BK, Pellegrini CA (2003),** "Improved outcome after extended gastric myotomy for achalasia", Archives of Surgery, 138 (5), pp. 490-497.
7. **Rawlings A., Oelschlager B., et al. (2012),** "Laparoscopic Dor versus Toupet fundoplication following Heller myotomy for achalasia: results of a multicenter, prospective, randomized-controlled trial", Surgical endoscopy, 26 (1), pp. 18-26.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIẢM ÁP DÂY VII ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT NGOẠI BIÊN DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải[1], Chu Thị Kim Anh[2], Đoàn Thị Hồng Hoa[3], Lê Hoài Nam[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương bằng phương pháp phẫu thuật giảm áp thần kinh VII. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp 22 bệnh nhân liệt mặt ngoại biên do chấn thương được điều trị phẫu thuật giảm áp tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2018-2020. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình 36,3 tuổi. Thời gian từ khi bị liệt mặt đến khi phẫu thuật trung bình là 26,2 ngày. Bệnh nhân được phẫu thuật trong 2 tháng đầu chiếm 90,9%. Sau phẫu thuật 6 tháng: các bệnh nhân đỡ liệt hơn với liệt mức độ II chiếm 54,5%, liệt độ III chiếm 22,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật giảm áp dây VII là một trong những phương pháp lựa chọn nhằm phục hồi chức năng dây mặt.

Từ khóa: Giảm áp dây VII, liệt mặt ngoại biên do chấn thương

SUMMARY

EVALUATING THE TREATMENT RESULTS OF PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS DUE TO TRAUMA BY FACIAL NERVE PRESSURE REDUCTION SURGERY AT NGHE AN FRIENDSHIP GENARAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment results of peripheral facial paralysis due to trauma by facial nerve pressure reduction surgery. **Subjects and methods**: Interventional descriptive cross-sectional study of 22 patients with peripheral facial paralysis due to trauma receiving surgical treatment for pressure reduction at the Nghe An Frendship general Hospital from 2018 to 2020. **Results**: Average age were 36.3 years old, The average time from face paralysis to surgery was 26.2 days. Surgery patients in the first 2 months accounted for 90.9%. After 6 months of surgery: patients are less paralyzed with level II paralysis accounting for 54.5%, level III paralysis 22.7%. **Conclusions**: Facial nerve pressure reduction surgery helps restore facial nerve function.

Keywords: facial nerve pressure reduction, peripheral facial paralysis due to trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương xương thái dương là bệnh lý cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng. Theo Nosan, 5% bệnh nhân với chấn thương vùng đầu đáng kể cũng sẽ kèm theo một chấn thương xương thái dương [1]. Đánh giá liệt mặt do chấn thương xương thái dương trên bệnh nhân đa chấn thương thường bị bỏ qua, chẩn đoán và xử trí muộn. Những tổn thương hay gặp, có thể cần phẫu thuật trong chấn thương xương thái dương là nghe kém,

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An,*
[2]*Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An,*
[3]*Đại học quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Tăng Xuân Hải
Email: bstangxuanhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

liệt mặt, rò dịch não tủy.

Thần kinh VII có tầm quan trọng rất lớn vì chức năng vận động tất cả các cơ bám da ở mặt, khi bị tổn thương gây liệt mặt. Liệt mặt làm mất hoặc giảm chức năng vận động chủ động của các cơ bám da một nửa bên mặt, liệt mặt gây biến dạng mặt, không thể hiện được cảm xúc, làm trở ngại cho việc ăn uống, phát âm và bảo vệ mắt. Đặc biệt liệt mặt gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ để lại một hậu quả tâm lý rất lớn [2].

Tỉ lệ liệt mặt ngoại biên thống kê ở các nước Tây Âu và Mỹ hàng năm có khoảng 10-50 /100.000 dân. Trong đó, liệt mặt do tổn thương thần kinh VII chiếm 1/3 trong liệt mặt ngoại biên nói chung đứng hàng thứ 2 chỉ sau liệt mặt tiên phát (50%)[3]. Vì thần kinh VII có đường đi rất dài trong xương thái dương. Do dó, tổn thương thần kinh VII thường gặp hơn và thường gặp nhất là do tổn thương đoạn ở trong xương thái dương. Trên địa bàn tỉnh Nghệ An, liệt mặt do chấn thương xương thái dương là bệnh lý khá thường gặp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thăm khám và chỉ định phẫu thuật giảm áp dây VII nhằm giải quyết kịp thời cho bệnh nhân và tạo điều kiện bệnh nhân không phải chuyển tuyến trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

22 bệnh nhân có chẩn đoán liệt mặt do chấn thương xương thái dương và được phẫu thuật giảm áp thần kinh VII tại khoa Tai Mũi Họng từ tháng 01/2018 đến tháng 03/2020. Theo dõi sau phẫu thuật đến 09/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân gồm:

+Liệt mặt ngoại biên xuất hiện sau chấn thương xương thái dương.

+Mức độ liệt mặt: độ IV, độ V và độ VI theo phân độ của H-B.

+Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương theo hai mặt phẳng trán và mặt phẳng ngang.

+Đo thính lực đơn âm, đo nhĩ lượng, đo phản xạ cơ bàn đạp.

+Được phẫu thuật giảm áp thần kinh VII.

+Theo dõi và khám lại sau phẫu thuật ít nhất 6 tháng hoặc theo dõi đến khi hồi phục vận động hoàn toàn các cơ mặt.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có máu tụ nội sọ hoặc điều trị chấn thương sọ não chưa ổn định. Bệnh nhân còn chảy dịch não tủy hoặc còn chóng mặt, bệnh nhân mắc bệnh mãn tính hoặc bệnh lây truyền không cho phép phẫu thuật.

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp

- Mục tiêu của phẫu thuật nhằm phục hồi tình trạng liệt mặt sau mổ:

*Chuẩn bị bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện.

*Vô cảm: gây mê nội khí quản.

*Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ phẫu thuật xương chũm, kính hiển vi phẫu thuật, khoan phẫu thuật tai.

*Các thì phẫu thuật giảm áp thần kinh VII qua đường xương chũm:

+Thì 1. Phẫu thuật xương chũm.

- Rạch da sau tai theo đường M. Portmann cách rãnh sau tai 1 cm.

- Rạch màng xương: dưới gờ thái dương, góc sau trên của gai Henlé.

- Khoan xương: Khoan phá các nhóm thông bào nông trong một tam giác có cạnh trên là một gờ thái dương, phía trước là một đường tiếp tuyến với thành sau của ống tai xương. Khoan xuống dưới tới nhóm thông bào sâu. Sau đó khoan đi lên phía sau và trên mở rộng ra sau đến bờ trước tĩnh mạch bên. Mở rộng sào đạo và thượng nhĩ. Tìm ống bán khuyên ngoài, ngành ngang xương đe và

mỏm bám cơ nhị thân là mốc rất quan trọng để bộ lộ dây VII. Bộc lộ dây thừng nhĩ, bộc lộ toàn bộ đoạn khuỷu và đoạn 3 dây VII.

+Thì 2. Mở hòm nhĩ theo lối sau.

Xác định mốc giải phẫu để vào thẳng ngách mặt bộc lộ chuỗi xương con, ụ nhô, cửa sổ tròn, cửa sổ bầu dục và phần cuối của đoạn 2 dây VII.

+Thì 3. Bộc lộ, lấy bỏ vỏ xương của ống thần kinh VII.

- Mở ống dây thần kinh VII: Mở vào ống thần kinh VII để một lớp xương mỏng bao bọc ống, mở toàn bộ nửa ngoài ống xương bao bọc dây thần kinh VII. Nếu cắt đứt trụ xương đe sẽ thấy thượng nhĩ với thân xương đe và đầu xương búa.Trường hợp ngành xuống xương đe quá dài sát ống thần kinh VII phải cắt khớp đe đạp để bảo vệ ốc tai và tạo hình xương con sau khi giảm áp thần kinh VII. Bóc tách bật vỏ xương bao bọc mặt ngoài đoạn 2 vì vỏ xương này rất mỏng.

+Thì 4. Phẫu thuật trên dây thần kinh.

Mở một nửa ống thần kinh VII và rạch bao dây VII theo chiều dọc từ lỗ trâm chũm đến chỗ tổn thương. Trong trường hợp có tổn thương phối hợp như: trật khớp xương con, rách màng nhĩ, chít hẹp ống tai ngoài chúng tôi chỉnh hình xương con, vá nhĩ, chỉnh hình ống tai ngoài phối hợp.

+ Thì 5. Đóng hố mổ theo các lớp giải phẫu.

Tai biến trong phẫu thuật: những tai biến có thể gặp trong phẫu thuật là: Chảy máu, chóng mặt sau mổ, thủng thành sau ống tai hoặc thủng màng nhĩ: Vá lại bằng cân cơ hoặc mảnh sụn.

*Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật

+Chống nhiễm trùng: kháng sinh chống nhiễm trùng đường toàn thân.

+Chống phù nề: corticoide.

+Kích thích sự tái sinh sợi trục: vitamin nhóm B, thuốc giãn mạch.

+Thuốc tra mắt tránh khô giác mạc.

+Phương pháp vật lý trị liệu kết hợp với châm cứu.

+Thay băng và chăm sóc sau mổ.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,3 tuổi. Nam/nữ = 5/1.

- Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 82%.

- Liệt mặt tức thì ngay sau chấn thương chiếm 36,4%, liệt mặt muộn là 13,6%. Không xác định thời khởi phát liệt mặt trong 50,0 % trường hợp.

- Có 68,2% bệnh nhân nghe kém trong đó nghe kém dẫn truyền chiếm 46,7% các trường hợp.

- Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương xác định 90,9% có đường vỡ trong đó đường vỡ dọc: 85%, đường vỡ ngang: 5%, vỡ phức hợp: 10%.

- Tổn thương xương con trên phim cắt lớp vi tính là 13,6%.

Bảng 1. Mức độ liệt mặt trước phẫu thuật theo House – Brackmann

Mức độ liệt	n	%
Độ IV	10	45,5
Độ V	9	40,9
Độ VI	3	13,6
Tổng	**22**	**100**

Nhận xét: Trước phẫu thuật liệt độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất 44,5%, tiếp theo là liệt độ V chiếm 40,9% và liệt độ VI 13,6%

Bảng 2. Tính chất tổn thương thần kinh VII trong phẫu thuật

Tính chất tổn thương thần kinh VII		n	%
n = 18 (81,8%)	Phù nề, xung huyết	8	44,4
	Đường vỡ qua ống thần kinh VII	6	33,3
	Xương chèn ép thần kinh	4	22,3

Nhận xét: Có 18 bệnh nhân tổn thương dây thần kinh VII trong phẫu thuật, trong đó phù nề xung huyết chiếm 44,4%.

3.2. Kết quả phẫu thuật giảm áp thần kinh VII.

- Thời gian từ khi bị liệt mặt đến khi phẫu thuật trung bình là 26,2 ngày. Bệnh nhân được phẫu thuật trong 2 tháng đầu chiếm 90,9%.

- Tổn thương xương con phát hiện trong phẫu thuật là 18,2%.

- Xác định được tổn thương thần kinh trong phẫu thuật 18,8%. Trong đó, phù nề, xung huyết thần kinh: 80,0%, xương chèn ép thần kinh: 26,7%,

đường vỡ qua ống thần kinh: 40,0%.

- Tổn thương vùng hạch gối: 4,5%, đoạn nhĩ: 18,2%, đoạn khuỷu: 31,8 % và đoạn chũm là 27,3%.

Bảng 3. Kết quả phục hồi vận động sau mổ 6 tháng

Mức độ liệt	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
Độ II	0	0	12	54,5
Độ III	0	0	5	22,7
Độ IV	10	45,5	4	18 2
Độ V	9	40,9	1	4,5
Độ VI	3	13,6	0	0

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân hồi phục vận động sau phẫu thuật, chỉ còn liệt độ II chiếm 54,5%, độ III chiếm 22,7%.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII nhằm mục đích phục hồi dẫn truyền thần kinh, phòng tránh phát triển tổ chức xơ và sẹo thần kinh. Phục hồi các tổn thương của thần kinh VII trong nghiên cứu của chúng tôi là mở giảm áp dây VII nhằm giảm tình trạng phù nề, xung huyết và giải phóng mảnh xương chèn ép, nếu không thì dây thần kinh sẽ không được hồi phục.

Đánh giá kết quả cuối cùng của phục hồi vận động các cơ mặt là mục đích chính trong phẫu thuật giảm áp thần kinh VII. Qua thực tế nghiên cứu phẫu thuật giảm áp thần kinh VII cho 22 bên liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương cho thấy hồi phục

vận động các cơ mặt sau phẫu thuật 1 tháng theo bảng phân độ liệt mặt của H-B. Trước phẫu thuật tất cả đều là liệt mặt từ độ IV đến độ VI. Trung bình cộng mức độ liệt mặt trước phẫu thuật là: 4,63 ± 0,72 phần lớn bệnh nhân bắt đầu có sự hồi phục với độ liệt 3,22 ± 0,59 sau khi ra viện.

Sau phẫu thuật ít nhất 3 và 6 tháng chúng tôi gọi điện thoại yêu cầu khám lại, đánh giá lại mức độ liệt mặt. Theo đó kết quả phục hồi vận động sau phẫu thuật 6 tháng độ II là 54,5% và độ III là 22,7%. Càng phẫu thuật sớm tỉ lệ hồi phục vận động hoàn toàn càng cao. Như vậy sau phẫu thuật mức độ hồi phục vận động từ độ II đến độ III là 77,2%. Theo Quaranta A. và cộng sự (2001), phẫu thuật theo đường xương chũm hoặc mê nhĩ cho kết quả phục hồi tốt (độ I, II H-B) 78 % [4]. Theo Ulug T. và cộng sự (2005), hồi phục vận động độ I là 45%, độ II là 36%, độ III là 18% H-B [5]. Trong nghiên cứu của Bodenez C. và cộng sự (2006), mức độ hồi phục vận động độ I là 8%, độ II là 31% H-B [6]. Theo Yi, H. và cộng sự. (2013), sau khi theo dõi 26 bệnh nhân sau phẫu thuật giảm áp dây VII từ 3 tháng đến 3 năm thì kết quả hồi phục vận động độ I là 57,7%, độ II là 30,8% , độ III là 7,7% và độ IV là 3,8% [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của Quaranta A. và Ulug T nhưng thấp hơn nghiên cứu của Yi, H.

V. KẾT LUẬN

Liệt VII ngoại biên do chấn thương là bệnh lý cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng và sẽ để lại những di chứng nặng nề nếu không điều trị trị kịp thời. Chỉ định phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII càng sớm càng tốt trong trường hợp liệt VII do chấn thương độ IV, V, VII.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nosan D., Beneckejr J., and Murr R.** (1997). Current perspective on temporal bone trauma. Otolaryngol Head Neck Surg, **117(1)**, 67–71.
2. **Nguyễn Tài Sơn** (2004). Nghiên cứu điều trị liệt dây thần kinh mặt (VII) bằng ghép cơ thon tự do có nối mạch máu và thần kinh. Luận án tiến sỹ Y học: Viện Nghiên cứu Khoa học Y-Dược lâm sàng.
3. G**rosheva M. and Guntinas-Lichius O.** (2007). Significance of electromyography to predict and evaluate facial function outcome after acute peripheral facial palsy. Eur Arch Otorhinolaryngol, **264(12)**, 1491–1495.
4. **Quaranta, A., Campobasso, G., Piazza, F., Quaranta, N., & Salonna, I.** (2001). Facial nerve paralysis in temporal bone fractures: outcomes after late decompression surgery. Acta oto-laryngologica, 121(5), 652–655.
5. **Ulug T. and Arif Ulubil S.** (2005). Management of facial paralysis in temporal bone fractures: a prospective study analyzing 11 operated fractures. Am J Otolaryngol, **26(4)**, 230–238.
6. **Bodenez C., Darrouzet V., Rouanet-Larriviere M., et al.** (2006). Paralysies faciales après fracture de l'os temporal. Ann Otolaryngol Chir Cervico-Faciale, **123(1)**, 9–16.
7. **Yi H., Liu P., and Yang S.** (2013). Geniculate ganglion decompression of facial nerve by transmastoid-epitympanum approach. Acta Otolaryngol (Stockh), **133(6)**, 656–661.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ OSTEOCALCIN VỚI THÀNH PHẦN KHỐI MỠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2

Ngô Đức Kỷ[1], Dương Đình Chỉnh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với thành phần khối cơ thể ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 151 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, thời gian từ 07/2015 – 12/2017. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 62,12 ± 8,99 tuổi, không có sự khác biệt về giới giữa nam và nữ. Trung bình BMI là 22,96 ± 2,98 kg/m², tỷ lệ thừa cân/béo phì 49,7%. Nồng độ osteocalcin trung bình của bệnh nhân đái tháo đường là 1,88 ± 1,21ng/l. Khối lượng và tỷ lệ mỡ toàn cơ thể, tỷ lệ mỡ vùng thân, tỷ lệ mỡ vùng bụng ở nam ĐTĐ týp 2 đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân nữ ĐTĐ týp 2 với p < 0,01. Khối nạc bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (p < 0,01) và có mối thương quan giữa khối nạc với nồng độ osteocalcin (r = 0,2; p < 0,05). Ở nữ giới ĐTĐ týp 2 có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống giữa các thành phần khối mỡ, tỷ lệ các khối mỡ và BMI với nồng độ osteocalcin huyết thanh với p < 0,05. **Kết luận:** Ở bệnh nhân nữ đái tháo đường, có mối tương quan nghịch giữa khối lượng, tỷ lệ và chỉ số BMI với nồng độ osteocalcin huyết thanh.

Từ khóa: khối mỡ cơ thể, osteocalcin, đái tháo đường, khối nạc.

SUMMARY

INVESTIGATING THE ASSOCIATION BETWEEN SERUM OSTEOCALCIN CONCENTRATION WITH BODY FAT IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS

Objectives: To investigate the relationship between serum osteocalcin levels and body mass composition in type 2 diabetes patients. **Subjects and methods**: cross-sectional descriptive study analyzed 151 patients with type 2 diabetes at the Nghe An General Friendship Hospital, from 07/2015 to 12/2017. **Results**: The average age of the study group was 62.12 ± 8.99 years, there was no difference in sex between men and women. The mean BMI was 22.96 ± 2.98 kg / m², and the rate of overweight / obesity 49.7%. Average osteocalcin concentration in a diabetic patient was 1.88 ± 1.21ng / l. The weight and percentage of total body fat, body fat ratio, and abdominal fat percentage in men with type 2 diabetes were statistically significantly lower than in women with type 2 diabetes with p <0.01. Lean mass in male patients was higher than in female patients (p < 0.01) and there was a correlation between lean mass and osteocalcin concentrations (r = 0.2; p < 0.05). In women with type 2 diabetes, there was a statistically significant inverse correlation between fat mass components, fat mass ratio and BMI to serum osteocalcin concentrations with p <0.05. **Conclusion**: In diabetic female patients, there is

[1]*Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An,*
[2]*Sở y tế Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Kỷ
Email: ngoduckyna@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

an inverse correlation between mass, rate and BMI with serum osteocalcin concentrations.

Keywords: body fat mass, osteocalcin, diabetes mellitus, lean mass.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, osteocalcin như là hormone được tiết ra bởi xương có liên quan đến chuyển hóa đường, kháng insulin và liên quan đến mô mỡ [1]. Những phát hiện này cho thấy giữa chuyển hóa xương và chuyển hóa glucose có liên quan với nhau thông qua hoạt động của osteocalcin [2]. Một số nghiên cứu về mối liên quan giữa osteocalcin và các yếu tố viêm mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 cũng như sự thay đổi thành phần khối cơ thể ở bệnh bênh ĐTĐ týp 2 đã được đề cập đến [3].Nhưng tỷ lệ mỡ, nạc và mối liên quan với nồng độ osteocalcin huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 còn ít dữ liệu nghiên cứu lâm sàng tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với thành phần khối cơ thể ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 151 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ týp 2, được điều trị và theo dõi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nghệ an.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính
- Bệnh nhân ĐTĐ điều trị bằng insulin
- Các bệnh nội tiết và một số bệnh gây rối loạn chuyển hóa glucose: bệnh Basedow, suy giáp, hội chứng cushing, suy tuyến yên, to đầu chi, hội chứng thận hư, suy thận mạn.
- Bệnh nhân nữ sử dụng hormone thay thế.
- Bất động kéo dài trên một tháng.
- Không bị các bệnh về cơ, cắt đoạn chi,.…
- Không sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến tiêu cơ hay tăng khối cơ, mỡ: corticoid, hormone thay thế, itamin k,…
- Ung thư di căn xương.
- Bệnh nhân đang điều trị thuốc loãng xương, vitamin K, thuốc chống đông.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích. Áp dụng cỡ mẫu thuận tiện không xác suất.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu**:** khám lâm sàng, đo chỉ số khối cơ thể BMI (Body mass index), làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Đo thành phần khối cơ thể bằng phương pháp DEXA, Loại Máy: Hologic Explorer của Mỹ.

2.3.Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0 để xử lý và phân tích số liệu theo các thuật toán thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1.Đặc điểm nhóm đái tháo đường týp 2

Đặc điểm	($\overline{X}$ ± SD)	p
Nam (n = 76) %	50,3	>0,05
Nữ (n = 75) %	49,7	

Tuổi (năm)	62,12 ± 8,99
BMI(kg/m²)	22,96 ± 2,98
Thừa cân/béo phì (n = 75) %	49,7
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	5,74 ± 4,13
Glucose (mmol/l)	11,03 ± ,81
HbA1c (%)	7,93 ± 2,06
HbA1c < 7% (n = 54)	35,8
Osteocalcin (ng/l)	1,88 ± 1,21

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 62,12 ± 8,99 tuổi, không có sự khác biệt về giới giữa nam và nữ. Trung bình BMI là 22,96 ± 2,98 kg/m², tỷ lệ thừa cân/béo phì 49,7%. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 5,74 ± 4,13 năm. Có 54 bệnh nhân không kiểm soát đạt mục tiêu glucose máu chiếm tỷ lệ 35,8%. Nồng độ osteocalcin trung bình của bệnh nhân đái tháo đường là 1,88 ± 1,21ng/l.

3.2. Đặc điểm về thành phần khối mỡ của bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Bảng 3.2. Đặc điểm về thành phần khối mỡ của bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Đặc điểm		**Tứ phân vị 25**	**Trung vị**	**Tứ phân vị 75**	**p***
Khối mỡ vùng thân (kg)	Nam (n = 76)	6,03	8,11	10,08	**< 0,01**
	Nữ (n = 75)	7,95	9,66	11,33	
Khối mỡ vùng bụng (kg)	Nam (n = 76)	1,05	1,49	1,87	**>0,05**
	Nữ (n = 75)	1,28	1,60	1,97	
Khối mỡ vùng chậu hông (kg)	Nam (n = 76)	37,72	40,75	43,92	**< 0,01**
	Nữ (n = 75)	28,59	30,97	33,39	
Khối nạc cơ thể (kg)	Nam (n = 76)	37,72	40,75	43,92	**< 0,01**
	Nữ (n = 75)	28,59	30,97	33,39	
Khối mỡ toàn cơ thể (kg)	Nam (n = 76)	11,70	14,17	17,96	**<0,01**
	Nữ (n = 75)	14,95	17,89	21,47	

*Mann-Whitney

Nhận xét: Khối mỡ toàn cơ thể, khối mỡ vùng thân, khối mỡ vùng chậu hông của bệnh nhân nữ ĐTĐ týp 2 đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhâm nam bị ĐTĐ týp 2 với p < 0,01. Ngược lại khối nạc ở bệnh nhân nam ĐTĐ týp 2 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân nữ ĐTĐ týp 2 với p < 0,01.

Không có sự khác biệt về khối mỡ vùng bụng giữa bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ.

Bảng 3.3. Đặc điểm tỷ lệ khối mỡ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Đặc điểm		Tứ phân vị 25	Trung vị	Tứ phân vị 75	p*
Tỷ lệ mỡ toàn cơ thể (%)	Nam (n = 76)	21,92	25,70	28,57	< 0,01
	Nữ (n = 75)	31,00	35,80	39,80	
Tỷ lệ mỡ vùng thân (%)	Nam (n = 76)	23,10	28,00	32,12	< 0,01
	Nữ (n = 75)	32,50	37,80	40,90	
Tỷ lệ mỡ vùng bụng (%)	Nam (n = 76)	26,27	32,05	36,75	< 0,01
	Nữ (n = 75)	34,00	40,80	43,60	

*Mann-Whitney

Nhận xét: Tỷ lệ mỡ toàn cơ thể, tỷ lệ mỡ vùng thân và tỷ lệ mỡ vùng bụng ở nam ĐTĐ týp 2 đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân nữ ĐTĐ týp 2 với p < 0,01.

3.3. Liên quan giữa osteocalcin huyết thanh với thành phần khối mỡ và chỉ số khối cơ thể

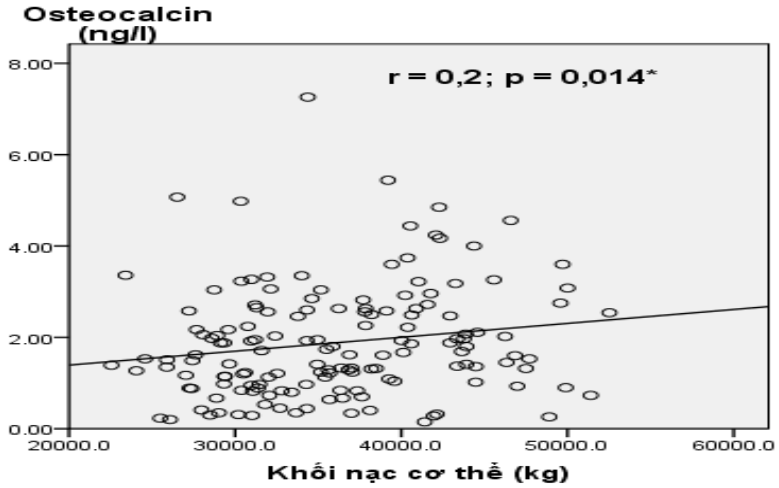
Bảng 3.4. Tương quan giữa osteocalcin huyết thanh với thành phần khối mỡ và chỉ số khối cơ thể theo giới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Chỉ số		Osteocalcin (n = 151)			
		Nam (n = 76)		Nữ (n = 75)	
		r	p*	r	p*
Mỡ toàn cơ thể	Kg	0,15	0,2	-0,27	0,02
	%	0,12	0,29	-0,27	0,019
Mỡ vùng thân	Kg	0,15	0,19	-0,26	0,027
	%	0,13	0,27	-0,25	0,031
Mỡ vùng bụng	Kg	0,16	0,17	-0,28	0,016
	%	0,09	0,44	-0,29	0,011
BMI		0,142	> 0,05	-0,249	0,031

*Spearman

Nhận xét: Ở nữ giới ĐTĐ týp 2 có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống giữa các thành phần khối mỡ, tỷ lệ các khối mỡ và BMI với nồng độ osteocalcin huyết thanh với p < 0,05. Ngược lại, ở nam giới ĐTĐ týp 2 không có mối tương quan này.

3.4. Liên quan giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với khối nạc ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2



Hình 3.1. Mối tương quan giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với khối nạc ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Nhận xét: Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa khối nạc với nồng độ osteocalcin huyết thanh ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 với r = 0,2 và p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi, giới và thời gian phát hiện bệnh của bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Như chúng ta đã biết, tuổi là một yếu tố nguy cơ không thể thay đổi của ĐTĐ týp 2, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng lớn. Nghiên cứu tiến hành trên 151 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ týp 2, tỷ lệ giới nam 50,3% và nữ là 49,7%. Tuổi trung bình chung 62,12 ± 8,99 tuổi, trong đó nam là 61,71 ± 9,59 tuổi và nữ 62,53 ± 8,38 tuổi, tuổi thấp nhất là 36 và cao nhất 81 tuổi. Tương tự một số nghiên cứu tại Việt Nam [4],[5]. Thời gian phát hiện bệnh trung bình của nghiên cứu là 5,74 ± 4,13 năm. Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu Ngô Thị Thu Trang và cộng sự (5,3 ± 4,3 năm) [5]. Điều này cũng là một đặc điểm chung của những người bị bệnh ĐTĐ týp 2.

4.2. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể của bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Trong nghiên cứu này trung bình BMI là 22,96 ± 2,98 kg/m², thấp nhất là 16,38 kg/m² và cao nhất là 34,45kg/m². Tỷ lệ thừa cân/béo phì là 49,7%. Tương tự tác giả, Karageorgi S (2013) và cộng là tần suất có BMI ≥ 30 kg/m² ở quốc gia này từ 24% - 48% đặc biệt những người trên 50 tuổi thì tỷ lệ này là 52%, tỷ lệ tăng BMI ≥ 30 kg/m² ở nữ cao hơn nam giới [6].

4.3. Đặc điểm thành phần khối cơ thể ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho rằng cả về tỷ lệ mỡ và tổng khối mỡ cơ thể ở nữ đều cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,01) so với nam, ngược lại, khối cơ ở nam lớn hơn khối cơ ở nữ. Như vậy, các thành phần khối mỡ cơ thể ở nam đều thấp hơn nữ đặc biệt ở nữ thì nó tăng theo tuổi của phụ nữ nhất là giai đoạn mãn kinh và khối cơ nam nhiều hơn khối cơ của bệnh nhân nữ đái tháo đường. Điều này có thể lý giải bằng việc ảnh hưởng của các hormone lên sự phát triển của khối mỡ mà vai trò chính là tăng cao của các hormone sinh dục đặc biệt hormone estrogen

của nữ giới làm tăng khối mỡ và tỷ lệ mỡ cơ thể.

4.4. Mối liên qua giữa osteocalcin huyết thanh với thành phần mỡ, nạc và BMI ở bênh nhân đái tháo đường týp2

Một trong những vai trò của osteocalcin là tác động lên mô mỡ tăng tiết adiponectin và giảm khối lượng mô mỡ hay những người có nồng độ osteocalcin cao thì khối lượng mỡ giảm có ý nghĩa [1],[2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với tỷ lệ mỡ, khối lượng mỡ ở bệnh nhân nữ đái tháo đường týp 2 và có mối tương quan thuận giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với khối nạc cơ thể. Kết quả nhiên cứu của chúng tôi cũng như kết luận của Pittas A.G. và cộng sự [7]. Như vậy, nồng độ osteocalcin có tương quan nghịch với mô mỡ ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 thường gặp ở người thừa cân/béo phì. Osteocalcin là một hormone tiết ra từ tế bào osteoblast của mô xương có tác dụng lên chuyển hóa glucose thông qua các tín hiệu insulin trên xương cũng như mô mỡ [1],[2]. Nghiên cứu chúng tôi tìm thấy rằng có tương quan giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với BMI ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 như sau: có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh ở bệnh nhân nữ ĐTĐ týp 2 với BMI ($r = -0,249; p < 0,05$). Sự khác biệt giữa nam và nữ phải chăng do lượng mỡ và tỷ lệ mỡ của bệnh nhân nữ ĐTĐ đều cao hơn bệnh nhân nam ĐTĐ, như chúng ta đã biết là nồng độ osteocalcin có mối tương quan nghịch với mô mỡ cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Khối lượng mỡ và tỷ lệ mỡ cơ thể ở bệnh nhân nữ đái tháo đường týp 2 cao hơn bệnh nhân nam đái tháo đường týp 2, ngược lại ở bệnh nhân nam khối nạc cao hơn bệnh nhân nữ. Ở bệnh nhân nữ đái tháo đường, có mối tương quan nghịch giữa khối lượng, tỷ lệ và chỉ số BMI với nồng độ osteocalcin huyết thanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patti A., Gennari L., Merlotti D., et al. (2013).** Endocrine Actions of Osteocalcin. International Journal of Endocrinology, pp. 2013.846480.
2. **Zoch M.L., Clemens T.L., and Riddle R.C., (2016).** New Insights into the Biology of Osteocalcin. Bone, 2016(82), pp. 42-49.
3. **Kanazawa I., Tanaka S., Sugimoto T. (2018).** The Association Between Osteocalcin and Chronic Inflammatio in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Calcified Tissue International.103(6):599-605
4. **Lê Thu Hà, Vũ Thị Thanh Hoa, Nguyễn Thị Hương (2013).** Nghiên cứu nồng độ osteocalcin và Beta-crosslap huyết thanh ở phụ nữ mãn kinh. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 17(3), pp. 368 - 373.
5. **Ngô Thị Thu Trang, Nguyễn Thị Phi Nga (2013).** Nghiên cứu mật độ xương, tỷ lệ loãng xương bằng phương pháp DEXA ở bệnh nhân nữ đái tháo đường týp 2. Tạp chí y dược học quân sự, 38(2), pp. 48 - 54.
6. **Karageorgi S., Alsmadi O., Behbehani K.A. (2013).** A Review of Adult Obesity Prevalence, Trends, Risk Factors, and Epidemiologic Methods in Kuwait. J Obes. 378650. , pp.
7. **Pittas A.G., Harris S.S., Eliades M., et al. (2009).** Association between serum osteocalcin and markers of metabolic phenotype. J clin Endocrinol Metab 94(3), pp. 827-832.

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA PROCALCITONIN TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN SHOCK NHIỄM KHUẨN

Nguyễn Đức Phúc[1,2], Dương Đình Chỉnh[2], Lương Mạnh Hùng[1], Nguyễn Văn Hòa[1], Lê Anh Tuấn[1], Trần Thị Thu Hoài[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng, PCT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi đáp ứng điều trị, tiên lượng mức độ nặng và dự báo tử vong ở bệnh nhân shock nhiễm khuẩn (SNK). **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá giá trị của procalcitonin trong chẩn đoán và tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn shock nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn sepsis 3 (SSC 2016) trừ BN ung thư tuyến giáp, ung thư phổi có/ hoặc không nâng được HA tâm thu ≥ 90 mmHg có/ hoặc suy giảm miễn dịch nặng: ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo, xơ gan Child-Pug C, HIV có/ hoặc do các nguyên nhân nhiễm khuẩn cần điều trị ngoại khoa nhưng chưa được xử trí phẫu thuật tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa (HSTCNK) từ 11/2019 đến 09/2020. Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả nghiên cứu:** nồng độ PCT (ng/ml) thời điểm phát hiện SNK (T_1) BN cấy máu dương tính: 93,2, cấy máu âm tính: 84,1 ($p<0,05$); trong đó nhiễm Gram âm: 98,9, nhiễm Gram dương: 70,4 ($p<0,05$). Từ thời điểm T_1 đến 96 giờ sau (T_5), nhóm sống PCT giảm 25%-90%, nhóm tử vong PCT 6%-10% từ T_1 đến T_5 ($p<0,05$). Tại T_1, PCT tương quan vừa với điểm SOFA ($r=0,42$; $p<0,01$), APACHE II ($r=0,451$; $p<0,01$). Giá trị dự báo tử vong PCT cao hơn lactat (AUC T_1: 0,935 vs 0,62; T_2: 0,83 vs 0,76; T_3: 0,90 vs 0,74). **Kết luận:** PCT có giá trị trong chẩn đoán định hướng nguyên nhân và tiên lượng theo dõi điều trị, tiên lượng mức độ nặng, tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân SNK cao hơn lactat.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, procalcitonin, lactat.

SUMMARY

VALUE OF PROCALCITONIN IN THE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS IN PATIENTS WITH SEPSIS SHOCK

Background: Sepsis is a severe acute infection, PCT plays an important role in diagnosing, monitoring response to treatment, prognosis of severity, and predicting patient mortality in septic shock. **Objectives**: To evaluate the value of procalcitonin in diagnosis and prognosis in patients with septic shock. **Subjects and methods**: Patient qualified for sepsis shock according to sepsis 3 standard (SSC 2016) except for thyroid cancer, lung cancer with / or without elevation of systolic blood pressure ≥ 90 mmHg have / or severe immunodeficiency: end-stage cancer, end-stage CKD, hemodialysis, cirrhosis of Child-Pug C, HIV with / or due to infectious causes requiring surgical treatment but not yet Surgical treatment at the surgical intensive care unit from 11/2019 to 9/2020. **Results**: PCT concentration (ng / ml) at the time of detecting SNK (T1) positive blood culture patient: 93.2, negative blood culture: 84.1 (p

[1]Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An
[2]Sở y tế Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc
Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

<0.05); in which, Gram-negative infection: 98.9, Gram-positive infection: 70.4 (p <0.05). From T1 to 96 hours later (T5), the PCT survival group decreased by 25% -90%, the PCT mortality group 6% -10% from T1 to T5 (p <0.05). At T1, PCT correlated moderately with SOFA score (r = 0.42; p <0.01), APACHE II (r = 0.451; p <0.01). The predictive value of PCT mortality is higher than lactate (AUC T1: 0.935 vs 0.62; T2: 0.83 vs 0.76; T3: 0.90 vs 0.74). **Conclusion**: Procalcitonin is valuable in cause-oriented diagnosis and prognosis, monitoring treatment, prognosis of severity, and mortality in patients with septic shock higher than lactate.

Keywords: Sepsis, Septic shock, procalcitonin, lactat.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là diễn biến nặng nhất của tình trạng nhiễm khuẩn (NK), bệnh thường dẫn đến suy đa tạng và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của bệnh nhân (BN) tại các khoa Hồi sức tích cực (HSTC) [1]. Việc tìm ra dấu ấn sinh học (Biomarker) nào giúp cho việc chẩn đoán sớm, theo dõi trong quá trình điều trị và tiên lượng mức độ nặng có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị SNK.

PCT được sản sinh bởi nhiễm trùng, không bị ảnh hưởng bởi virus hoặc các đáp ứng tự miễn khác, có phạm vi định lượng rộng, thời gian bán hủy dài, nồng độ trong máu độc lập với chức năng thận. Nồng độ PCT thấp có giá trị tiên lượng âm tính cao với NK và ngược lại, nồng độ PCT cao giúp chẩn đoán NK và SNK [2].

Nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế về vai trò của PCT liên quan đến tình trạng NK, trong phân biệt NK với nhiễm virus hoặc các đáp ứng tự miễn khác. Đặc biệt là vai trò của PCT trong chẩn đoán, theo dõi trong quá trình điều trị và hướng dẫn sử dụng kháng sinh kiểm soát NK [3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân shock nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 11/2019 đến tháng 09/2020 trừ BN ung thư tuyến giáp, ung thư phổi; không nâng được HA tâm thu ≥ 90 mmHg; BN suy giảm miễn dịch nặng: ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo, xơ gan Child-Pug C, HIV; do các nguyên nhân nhiễm khuẩn cần điều trị ngoại khoa nhưng chưa được xử trí phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

–Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

+ Phương pháp thu thập, theo dõi: Bệnh nhân được chẩn đoán shock nhiễm khuẩn sẽ được điều trị và theo dõi bằng các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng tại các thời điểm T_1: thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn, T_2: sau 24 giờ sốc nhiễm khuẩn, T_3: sau 48 giờ sốc nhiễm khuẩn, T_4: sau 72 giờ sốc nhiễm khuẩn, T_5: sau 96 giờ sốc nhiễm khuẩn.

–Phương pháp nuôi cấy chai cấy máu: Mẫu máu được thu thập, theo dõi theo quy trình cấy máu Bộ Y tế (Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng **(**Quyết định số 1539/QĐ-BYT ngày 20/4/2017)). Chai cấy máu được theo dõi bởi máy cấy máu tự động BacT/Alert 3D (Biomerieux).

–Phương pháp định lượng PCT: Định lượng PCT được thực hiện trên máy Cobas e411của hãng Roche theo phương pháp điện hóa học phát huỳnh quang.

–Dữ liệu liên quan được thu thập, quản lý và phân tích bằng phần mềm spss 20.0**.**

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11/2019 đến tháng 09/2020, có 149 bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận được các kết quả sau.

3.1. Đặc điểm tuổi, giới tính, vị trí nhiễm khuẩn, kết quả cấy máu và vi khuẩn

Bảng 1. Đặc điểm giới tính, độ tuổi bệnh nhân, vị trí ổ nhiễm khuẩn (n = 149)

Đặc tính mẫu		Số lượng	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	94	63,09%
	Nữ	55	36,91%
Tuổi	<30	14	9,4%
	31 – 60	41	27,5%
	> 60	**94**	63,1%
	Độ tuổi trung bình: 61,9 ± 18,3; Tuổi: 16 – 101		
Ổ nhiễm khuẩn	Thần kinh	12	12,6%
	Hô hấp	14	14,7%
	Tiêu hóa	41	43,2%
	Tiết niệu	17	17,9%
	Da, cơ	10	10,5%
	Khác	1	1,1%

Nhận xét: BN là nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn 94/149 BN (63%). BN nữ là 55/149 BN (37%). Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 61,9 ± 18,3 tuổi. Số BN trên 60 tuổi là 63,1%. BN ít tuổi nhất là 16, nhiều tuổi nhất là 101. Vị trí ổ nhiễm khuẩn ban đầu gây sốc nhiễm khuẩn thường gặp: tiêu hóa (43,2%), tiết niệu (17,9%), hô hấp (14,7%). Có 1,1% không tìm được vị trí đường vào gây sốc nhiễm khuẩn.

Bảng 2. Kết quả cấy máu và tỷ lệ các loại vi khuẩn (n=149)

	Cấy máu			Loại vi khuẩn	
	N	%		n	%
Âm tính	119	79,9	**Gram âm**	22	73,3
Dương tính	30	20,1	**Gram dương**	8	26,7
Tổng	149	100%	**Tổng**	30	100%

Nhận xét: Tỷ lệ cấy máu dương tính chiếm tỷ lệ 20,1%, vi khuẩn phân lập được chủ yếu là vi khuẩn Gram âm với 22/30 mẫu (73,3%), Gram dương là 8/30 mẫu (26,7%).

Bảng 3. Tỷ lệ các vi sinh vật phân lập được (n = 149)

STT	Vi khuẩn	N	%
1	**Escherichia coli**	**52**	**34,90**
2	**Klebsiella pneumoniae**	**47**	**31,70**
3	Enterococcus spp.	21	14,30
4	Acinetobacter baumannii	12	11,10
5	Staphylococcus aureus	17	7,90
Tổng		**149**	**100**

Nhận xét: Vi khuẩn phân lập được thường gặp Escherichia coli (34,9%); Klebsiella pneumoniae (31,7%); Acinetobacter baumannii (11,1%); Staphylococcus aureus (7,9%).

3.2. Giá trị của PCT trong định hướng chẩn đoán nguyên nhân, tiên lượng tử vong

Bảng 4. Nồng độ PCT và lactat máu của BN cấy máu dương tính và cấy máu âm tính tại T_1

Chỉ số	Cấy máu dương tính (n= 30) $\overline{X}$ ± SD	Cấy máu âm tính (n= 114) $\overline{X}$ ± SD	P
PCT (ng/ml)	93,2 ± 44,5	84,1 ± 20,5	< 0,05
Lactat (mmol/l)	4,7 ± 2,2	4,3 ± 2,5	> 0,05

Nhận xét: Nồng độ PCT tại T_1 của BN cấy máu dương tính là 93,2 ng/ml, của BN cấy máu âm tính là 84,1ng/ml. PCT của BN cấy máu dương tính cao hơn BN cấy máu âm tính, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Nồng độ trung bình lactat máu tại thời điểm T_1 không có sự khác nhau giữa BN cấy máu dương tính và cấy máu âm tính (p>0,05).

Bảng 5. Nồng độ PCT, lactat máu của BN nhiễm vi khuẩn Gram dương và Gram âm tại T_1

Chỉ số	Nhiễm Gram dương (n= 8) $\overline{X}$ ± SD	Nhiễm Gram âm (n= 22) $\overline{X}$ ± SD	p
PCT (ng/ml)	70,4 ± 25,1	98,9 ± 39,2	< 0,05
Lactat (mmol/l)	4,8 ± 2,8	4,6 ± 3,5	> 0,05

Nhận xét: Nồng độ trung bình PCT tại T_1 của BN nhiễm Gram dương là 70,4 ng/ml, của BN nhiễm Gram âm là 98,9 ng/ml. Nồng độ PCT của BN nhiễm Gram âm cao hơn BN nhiễm Gram dương, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Nồng độ trung bình lactat máu tại T_1 không có sự khác nhau giữa BN nhiễm Gram âm và nhiễm Gram dương (p>0,05).

Bảng 6. Diễn biến nồng độ PCT của BN sống và BN tử vong qua các thời điểm

Thời gian	Tổng số BN n= 149				P
	Sống (n= 89)		Tử vong (n= 60)		
	$\overline{X}$ ± SD (ng/ml)		$\overline{X}$ ± SD (ng/ml)		
T_1	90,8 ± 22,6	Giảm so với T_1	98,9 ± 30,2	Giảm so với T_1	<0,01
T_2	68,1 ± 24,8**	25%	89,5 ± 38,4	9,5%	<0,01
T_3	33,6 ± 20,6**	63%	91,4 ± 36,8	7,5%	<0,01
T_4	20,0 ± 2,1**	78%	89,0 ± 22,6	10%	<0,01
T_5	9,1 ± 4,1**	90%	93,0 ± 30,8	6%	<0,01

(* p<0,05; ** p<0,01: so sánh thời điểm T_1 với các thời điểm khác)

Nhận xét: PCT của BN sống (đáp ứng điều trị) giảm nhanh, giảm mạnh theo thời gian, giao động từ 25% - 90%, nồng độ giảm qua các thời điểm đều có ý nghĩa thống kê với p<0,01. PCT BN tử vong (không đáp ứng điều trị) giảm ít (6% - 10%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với >0,05. PCT của BN sống thấp hơn BN tử vong qua tất cả các thời điểm nghiên cứu với p<0,01.

3.3. Giá trị của PCT trong tiên lượng mức độ nặng ở BN sốc nhiễm khuẩn

Bảng 7. Mối tương quan giữa PCT và lactat với mức độ nặng qua thang điểm SOFA tại thời điểm T_1

SOFA Chỉ số	Tại thời điểm T_1 (n= 149)	
	r (hệ số tương quan)	P
PCT (ng/ml)	0,42	<0,01
LACTAT (mmol/l)	0,12	>0,05

Nhận xét: Tại T_1 PCT tương quan vừa với bảng điểm SOFA (p<0,01). Trong khi đó lactat máu không tương quan với bảng điểm SOFA (p>0,05).

Bảng 8. Mối tương quan giữa PCT và lactat với mức độ nặng qua thang điểm APACHE II tại thời điểm T_1

APACHE II Chỉ số	Tại thời điểm T_1 (n= 149)	
	r (hệ số tương quan)	P
PCT	0,451	<0,01
LACTAT	0,145	>0,05

Nhận xét: Tại T_1 PCT tương quan vừa với bảng điểm APACHE II (p<0,01). Trong khi đó CRP và lactat máu không tương quan với bảng điểm APACHE II (p>0,05).

Bảng 9. Giá trị ngưỡng (điểm cắt) của PCT và lactat máu dự báo tử vong tại T_1

Tổng số BN (n= 149) Thời điểm	Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Diện tích dưới đường cong
T_1	PCT	85,59	0,887	0,829	0,935
	Lactat	4,4	0,536	0,691	0,62

Nhận xét: Tại thời điểm T_1, giá trị của PCT với điểm cắt bằng 85,59 ng/ml có khả năng dự báo tử vong với độ nhạy là 88,7%, độ đặc hiệu là 82,9% và diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,935. Lactat máu, tại điểm cắt bằng 4,4 mmol/l, dự báo tử vong với độ nhạy 53,6%, độ đặc hiệu 69,1% và diện tích dưới đường cong là 0,62.

Bảng 10. Giá trị ngưỡng (điểm cắt) của PCT, lactat máu dự báo tử vong tại T_2

Tổng số BN (n= 126) Thời điểm	Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Diện tích dưới đường cong
T_2	PCT	55,0	0,846	0,838	0,83
	Lactat	3,75	0,756	0,676	0,76

Nhận xét: Tại thời điểm T_2, giá trị của PCT với điểm cắt bằng 55 ng/ml có khả năng dự báo tử vong với độ nhạy là 84,6%, độ đặc hiệu là 83,8% và diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,83. Lactat máu, tại điểm cắt bằng 3,75 mmol/l, dự báo tử vong với độ nhạy 75,6%, độ đặc hiệu 67,6% và diện tích dưới đường cong là 0,76.

Bảng 11. Giá trị ngưỡng (điểm cắt) của PCT, lactat máu dự báo tử vong tại T_3

Tổng số BN (n= 120) Thời điểm	Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Diện tích dưới đường cong
T_3	PCT	43,35	0,921	0,838	0,90
	Lactat	3,45	0,657	0,750	0,74

Nhận xét: Tại thời điểm T_3, giá trị của PCT với điểm cắt bằng 43,35 ng/ml có khả năng dự báo tử vong với độ nhạy là 92,1%, độ đặc hiệu là 83,8% và diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,90. Lactat tại điểm cắt bằng 3,45 mmol/l lần lượt cho kết quả độ nhạy-độ đặc hiệu-diện tích dưới đường cong là 65,7%-75%-0,74.

IV. BÀN LUẬN

- Nồng độ PCT trung bình tại thời điểm T_1 của BN cấy máu dương tính là 93,2 ng/ml, nồng độ PCT trung bình của bệnh nhân cấy máu âm tính là 84,1 ng/ml. BN cấy máu dương tính có nồng độ PCT tại T_1 cao hơn bệnh nhân cấy máu âm tính, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về nồng độ lactat tại T_1 giữa bệnh nhân cấy máu dương tính và cấy máu âm tính, với $p > 0,05$.

Trong số bệnh nhân cấy máu dương tính thì nồng độ PCT của bệnh nhân nhiễm Gram âm là 98,9 ng/ml, bệnh nhân nhiễm Gram dương là 70,4 ng/ml. Bệnh nhân nhiễm vi khuẩn Gram âm có PCT tại thời điểm T_1 cao hơn bệnh nhân nhiễm Gram dương, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về nồng độ lactat tại T_1 giữa bệnh nhân nhiễm Gram âm và bệnh nhân nhiễm Gram dương, với $p > 0,05$.

Theo tác giả Trần Thị Như Thúy (2013) [4] nghiên cứu 83 bệnh nhân NKH và SNK có tỷ lệ cấy máu dương tính 53% lúc nhập viện thì nồng độ PCT bệnh nhân cấy máu dương tính (35,6 ng/ml) cao hơn bệnh nhân cấy máu âm tính (8,7 ng/ml), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p <0,01$. Trong khi đó, không có sự khác biệt nồng độ lactat máu lúc nhập viện giữa bệnh nhân cấy máu dương tính và cấy máu âm tính, với $p > 0,05$.

Như vậy, từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu: nồng độ PCT của bệnh nhân SNK nguyên nhân do vi khuẩn Gram âm cao hơn hẳn nguyên nhân do vi khuẩn Gram dương. Trong điều kiện thực tế hiện nay khi tỷ lệ cấy máu dương tính thấp ở bệnh nhân SNK, thời gian chờ kết quả cấy máu còn mất nhiều ngày (sau 72 giờ) nên nồng độ PCT ban đầu rất có giá trị trong định hướng nguyên nhân SNK và việc sử dụng kháng sinh ban đầu sẽ hiệu quả hơn. Các nghiên cứu đã chứng minh, chậm trễ sử kháng sinh hoặc sử dụng kháng sinh không đúng trong những giờ đầu SNK thì cứ chậm 1 giờ, tỷ lệ tử vong sẽ tăng 7,6% [5].

- Nồng độ PCT của nhóm đáp ứng với điều trị giảm nhanh và mạnh theo thời gian ở nhóm đáp ứng với điều trị (nhóm sống), giảm 25%-90% từ thời điểm T_1 đến T_5. Trong khi đó ở nhóm không đáp ứng điều trị (tử vong), nồng độ PCT thay đổi không đáng kể với 6%-10% từ T_1 đến T_5.

PCT tăng hay giảm phụ thuộc vào tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân. PCT giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu là dấu hiệu tiên lượng tốt và ngược lại, PCT không giảm qua các thời điểm là dấu hiệu tiên lượng nặng. Trong khi đó, lactat máu giảm dần theo thời gian ở nhóm sống, giảm 48 giờ đầu và tăng trở lại sau đó ở nhóm tử vong. Điều đó cho thấy, lactat máu không có giá trị trong theo

dõi đáp ứng điều trị và tiên lượng ở bệnh nhân SNK, đặc biệt là tiên lượng tử vong.

So với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của Trần Thị Như Thúy và cộng sự (2013) trên 93 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và SNK cho thấy, ở nhóm bệnh nhân sống, nồng độ PCT trong 24 giờ đầu giảm 32% (7,6% - 45,2%), trong 48 giờ đầu là 59,5% (37% - 72%), ở nhóm tử vong, nồng độ PCT trong 24 giờ đầu giảm 0% (-12,2%-0%), trong 48 giờ đầu giảm -9,8% (-131% - 0%) [4]. Năm 2011, nghiên cứu 100 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và SNK, tác giả Lê Xuân Trường cho thấy, nồng độ PCT giảm nhanh và mạnh theo thời gian ở nhóm sống ($p<0,01$) và không thay đổi ở nhóm tử vong ($p>0,05$), sự thay đổi này không thấy rõ ở xét nghiệm CRP và bạch cầu máu [6].

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều cho thấy, nồng độ PCT tăng hay giảm tùy thuộc vào tình trạng NK và SNK trên lâm sàng. Điều đó chứng tỏ, PCT là dấu ấn sinh học có giá trị trong việc theo dõi đáp ứng điều trị SNK. Trong khi lactat máu cũng không phản ảnh rõ mức độ nặng trong giai đoạn đầu (lactat giảm 48 giờ đầu ở nhóm tử vong), chỉ thể hiện rõ ở giai đoạn muộn của SNK khi tình trạng suy đa tạng đã rõ ràng.

- Trong SNK, tiến triển nguy hiểm nhất là suy đa tạng. Số tạng suy tỷ lệ thuận với tỷ lệ tử vong. Bảng điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) và APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II) thường được sử dụng để đánh giá mức độ nặng tổng quát và mức độ suy đa tạng của bệnh nhân SNK [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có PCT có tương quan ($p< 0,01$) với bảng điểm SOFA và tương quan thuận với SOFA. Còn lại, lactat máu không có sự tương quan ($p> 0,05$). PCT tương quan vừa ($r = 0,42$). Ngoài ra, với bảng điểm APACHE II cũng có sự tương quan với PCT và không tương quan với lactat. PCT tương quan vừa ($r=0,451$) và tương quan thuận với APACHE II. Như vậy, chỉ có nồng độ PCT là có sự tương quan đến các bảng điểm đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân SNK và PCT càng cao thì tiên lượng tử vong càng cao.

Nghiên cứu của Sudhir U và cộng sự (2011) về mối tương quan giữa PCT và bảng điểm SOFA, APACHE II ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, kết quả cho thấy PCT liên quan với bảng điểm SOFA, APACHE II ($p<0,05$) [8].

- Giá trị của PCT, lactat trong dự báo tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

Vai trò nổi bật của PCT so với các dấu ấn sinh học khác trong chẩn đoán, tiên lượng, theo dõi đáp ứng điều trị và hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn đã được đề cập đến ở nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế.

Tại thời điểm T_1, điểm cắt của PCT bằng 85,59 ng/ml, cho dự báo tử vong với với độ nhạy 88,7%, độ đặc hiệu 82,9% và diện tích dưới đường cong là 0,935. Điểm cắt của lactat bằng 4,4 mmol/l, cho dự báo tử vong với với độ nhạy 53,6%, độ đặc hiệu 69,1% và diện tích dưới đường cong là 0,62. Kết quả cho thấy, PCT có khả năng dự báo tử vong ở mức tốt, lactat máu cho dự báo tử vong ở mức yếu.

Tại thời điểm T_2 (sau 24 giờ SNK): điểm cắt của PCT bằng 55 ng/ml, cho dự báo tử vong với với độ nhạy 84,6%, độ đặc hiệu 83,8% và diện tích dưới đường cong là 0,83. Điểm cắt của lactat bằng 3,75 mmol/l, cho dự báo tử vong với với độ nhạy 75,6%, độ đặc hiệu 67,6% và diện tích dưới đường cong là 0,76. Kết quả tại thời điểm 24 giờ sau SNK cho thấy, PCT có khả năng dự báo

tử vong ở mức tốt, lactat máu cho dự báo tử vong ở mức trung bình.

Tại thời điểm T_3 (sau 48 giờ SNK): điểm cắt của PCT bằng 43,35 ng/ml, cho dự báo tử vong với với độ nhạy 92,1%, độ đặc hiệu 83,8% và diện tích dưới đường cong là 0,90. Điểm cắt của lactat bằng 3,45 mmol/l, cho dự báo tử vong với với độ nhạy 65,7%, độ đặc hiệu 75,0% và diện tích dưới đường cong là 0,74. Kết quả tại thời điểm 48 giờ sau SNK cho thấy, PCT có khả năng dự báo tử vong ở mức rất tốt, lactat máu cho dự báo tử vong ở mức trung bình.

Như vậy, trong theo dõi tử vong 48 giờ đầu ở bệnh nhân SNK, PCT có khả năng dự báo tử vong ở mức tốt. Trong khi đó, lactat máu cho khả năng dự báo tử vong ở mức trung bình. Điều đó có nghĩa, trong quá trình điều trị SNK, nồng độ PCT tăng hoặc không giảm qua các thời điểm nghiên cứu là yếu tố có giá trị trong tiên lượng tử vong. So với các nghiên cứu khác: Nghiên cứu của Sudhir U và công sự (2011) trên 100 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết cho thấy, PCT không có giá trị dự báo tử vong [8]. Một nghiên cứu năm 2016 của tác giả Peschanski N và cộng sự về 168 bệnh nhân nhiễm khuẩn nhập viện theo dõi tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu. Với 37 bệnh nhân tử vong, kết quả xét nghiệm PCT cao khi nhập viện (34 ng/ml) so với PCT trung bình của cả nhóm (6,4 ng/ml) với p = 0,0005; với điểm cắt PCT=32,5 ng/ml có khả năng dự báo tử vong với độ nhạy 51%, độ đặc hiệu 73% và diện tích dưới đường cong là 0,686 [4]. Năm 2015, Ryu và công sự nghiên cứu vai trò của PCT trong tiên lượng tử vong 7 ngày đầu nhập ICU ở 157 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết cho thấy, PCT có khả năng dự báo tử vong với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,770 (với 95% CI, 0,66-0,88) [7].

V. KẾT LUẬN

- Procalcitonin có giá trị trong chẩn đoán định hướng nguyên nhân và tiên lượng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

- Procalcitonin có giá trị tốt hơn so với lactat trong định hướng nguyên nhân, theo dõi điều trị, tiên lượng mức độ nặng, tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Đính (2005),** Sốc nhiễm khuẩn, Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản Y học, tr.202-208.
2. **Nguyễn Chu Dũng (2010),** Khảo sát nồng độ procalcitonin huyết thanh trong nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm nhuẩn,Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. .
3. **Rivers E., Nguyen B., Havstad S., et al. (2001)**, Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 345 (19), pp. 1368-1377. .
4. **Trần Thị Như Thúy (2013),** "Giá trị tiên lượng của procalcitonin và lactat máu trong nhiễm khuẩn huyết", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 1(17), tr.. 249-254. .
5. **Kumar A., Roberts D., Wood K.E., et al. (2006),** Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med 34 (6), pp. 1589-1596.
6. **Christ-Crain M. và Müller B. (2005).** Procalcitonin in bacterial infections--hype, hope, more or less?. Swiss Med Wkly, **135**(**31–32**), 451–460.
7. **Taylor R., Jones A., Kelly S., et al. (2017),** A Review of the Value of Procalcitonin as a Marker of Infection. Cureus 9 (4), pp. e1148.
8. **Sudhir U., Venkatachalaiah R.K., Kumar T.A., et al. (2011)**, Significance of serum procalcitonin in sepsis. Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine 15 (1), pp. 1-5.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY VÉT HẠCH D2 Ở NGƯỜI CAO TUỔI VỚI VỊ TRÍ PHẪU THUẬT VIÊN BÊN TRÁI

Nguyễn Văn Hương*, Đinh Văn Chiến* và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 ở người cao tuổi với vị trí phẫu thuật viên bên trái tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, các bệnh nhân ≥60 tuổi, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày và nạo vét hạch D2 với vị trí phẫu thuật viên bên trái từ 07/2016 đến 10/2020. **Kết quả:** Có 35 bệnh nhân, tuổi trung bình 68,5. Tỷ lệ nam/nữ 2,9/1. 8,6% ung thư 1/3 trên dạ dày và 80% ung thư 1/3 giữa. Ung thư ở các giai đoạn IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1% và 5,7%. 2,9% có tai biến nhẹ trong mổ và 5,8% biến chứng sau mổ, không có tử vong trong và sau mổ. Số hạch vét được trung bình 21,7 hạch, số hạch di căn trung bình 2,4 hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là 207,8 phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,4 ngày. Thời gian sống thêm trung bình là 33,9 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 ở ngườ cao tuổi với vị trí phẫu thuật viên bên trái là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi dạ dày ở người cao tuổi.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY (LTG) AND D2 LYMPHADENECTOMY WITH SURGEON STANDS ON THE LEFT SIDE IN THE ELDERLY PATIENTS

Objectives: The goal of this study is to evaluate the outcomes safe and effective of LTG with D2 lymphadenectomy with left-site surgeon in elderly patients. **Subjects and Methods:** Describe the rescue study of 35 patients who underwent LTG with left-site surgeon between July 2017 and October 2020. **Results:** Mean age 68.5; gastric cancer at stage IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC is 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1%, 5,7%. The average operation time was 207.8 mins; The average number of lymph node groups dissected was 21.7. 2.9% has complications in operative and 5.8% has complications after operative. No postoperative deaths. The average length of postoperative hospital stay was 8.4 days. Overall survival time is 33,9 months. **Conclusions:** LTG with left-site surgeon is a safe and effective procedure for treatment of gastric cancer in elderly patients.

Keywords: Totally laparoscopic total gastrectomy in elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất hiện nay [1]. Azagra là người đầu tiên trên thế giới tiến hành phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) vào năm 1993 [2]. Tới nay

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương
Email: vanhuongts@gmai.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

phương pháp này đã được áp dụng rộng rải trong điều trị ung thư dạ dày và đã khẳng định được nhiều ưu điểm của PTNS như sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, lượng máu mất ít, thời gian hồi phục sau mổ nhanh, các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ thấp và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh [3],[4].

PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 ở ngườ cao tuổi (NCT) là một kỹ thuật khó, nhiều rũi ro nên việc áp dụng kỹ thuật này còn hạn chế ở nhiều cơ sở y tế.

Để có cách nhìn riêng biệt về PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 ở NCT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 với vị trí phẫu thuật viên bên trái điều trị UTDD ở NCT".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 35 bệnh nhân ≥60 tuổi, được PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 với vị trí phẫu thuật viên bên trái ở NCT tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 07/2017 – 10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

* **Lựa chọn bệnh nhân**: ≥60 tuổi, UTDD giai đoạn từ IA đến IIIC, tổn thương ở 1/2 trên dạ dày hoặc tổn thương có bờ cách tâm vị < 6cm.

* **Chỉ tiêu nghiên cứu**:

- Đặc điểm BN: Tuổi, giới, ASA, vị trí tổn thương, giải phẫu bệnh, giai đoạn.

- Kết quả phẫu thuật: chuyển mổ mở, vét hạch và di căn hạch, tai biến, mức độ đau, thời gian mổ, trung tiện, rút thông dạ dày, cho ăn, nằm viện và biến chứng.

- Kết quả xa: Thời gian sống thêm sau mổ.

* **Quy trình phẫu thuật**: Chúng tôi thực hiện các bước như sau:

Bệnh nhân được nằm ngữa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái bênh nhân.

Đặt trocar: Sử dụng 5 trocar, 1 trocar 10mm ở dưới rốn, 1 trocar 5mm ở MSP, 1 trocar 12mm ở MST và 2 trocar 5mm ở hạ sườn 2 bên.

Bước 1: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày

Bước 2: Cắt mạc nối lớn, cắt mạc nối vị tỳ vét hạch nhóm 4, 11d, 10 và 2

Bước 3: Nạo vét hạch nhóm 6, phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải sát gốc

Bước 4: Nạo vét hạch nhóm 3, 5, 8a, 12a, thắt động mạch vị phải sát động mạch gan

Bước 5: Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt tĩnh mạch vị trái và động mạch tận gốc

Bước 6: Cắt mạc nối nhỏ còn lại, vét hạch nhóm 1, bộc lộ và di động tâm vị thực quản

Bước 7: Nối thực quản hổng tràng theo phương pháp Functional end to end không cắt thực quản và hổng tràng trước, nối lại chân hổng tràng tận-bên bằng Linear Staplers.

Bước 8: Cắt, đóng mỏm tá tràng bằng Linear Stapler dưới môn vị 1-1,5cm

Bước 9: Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách.

Bước 10: Lấy bệnh phẩm qua lổ trocart 12 ở MST, và đóng lại các lỗ trocar.

2.3. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 07/2017 - 10/2020, có 35 bệnh nhân, tuổi trung bình 68,5 ± 6,4 tuổi (60 – 88), tỷ lệ nam/nữ 2.9/1 và kích thước tổn thương trung bình là 4,4 ± 2,0 cm.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

ASA	ASA1	26 (74.3%)
	ASA2	5 (14.3%)
	ASA3	4 (11.4%)
Vị trí ung thư dạ dày	1/3 trên	3 (8.6%)
	1/3 giữa	28 (80.0%)
	Thể loét thâm nhiễm	4 (11.4%)
Giải phẫu bệnh	UTBM tuyến ống, nhú	30 (85.7%)
	UTBM tuyến nhầy	2 (5.7%)
	UTBM tế bào nhẫn	3 (8.6%)
Mức độ biệt hóa	Biệt hóa cao	1 (2.9%)
	Biệt hóa vừa	15 (42.9%)
	Kém, khôngbiệt hóa	19 (54.3%)

Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 (74,3%). 8,6% ung thư 1/3 trên dạ dày và 80% là 1/3 giữa. 85,7% ung thư tuyến nhú và ống và 54,3% thể kém hoặc không biệt hóa.

Bảng 2. Những tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ.

Tai biến và biến chứng	**N**	**%**
Tổn thương lách trong mổ	1	2.9
Tổn thương khác trong mổ	0	0.0
Viêm phổi	1	2.9
Áp xe tồn dư sau mổ	1	2.9
Rò tiêu hóa sau mổ	0	0.0

100% PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 với vị trí phẫu thuật viên bên trái và cắt tá tràng sau. 2,9% trường hợp có tai biến nhẹ trong mổ và được xử lý đốt điện cầm máu trong mổ nội soi, 02 (5,8%) trường hợp có biến chứng sau mổ, tất cả đều điều trị nội khoa ổn định. Không có tử vong trong và sau mổ.

Bảng 3. Phân bố theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh theo TNM	**N**	**%**
IA (T1N0)	2	5.7
IB (T1N1, T2N0)	6	17.1
IIA (T1N2, T2N1, T3N0)	12	34.3
IIB (T1N3, T2N2, T3N1, T4aN0)	5	14.3
IIIA (T2N3, T3N2, T4aN1)	2	5.7
IIIB (T3N3, T4aN2, T4bN0, T4bN1)	6	17.1
IIIC (T4aN3, T4bN2, T4bN3)	2	5.7
IV (Tbất kỳ, Nbất kỳ, M1)	0	0.0

Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao là hạch nhóm 1(40%), nhóm 2(14,3%), nhóm 3(25,7%), nhóm 4(22,9%) và nhóm 7(11,4%). Số hạch vét được trung bình 21,7 ± 7,4 hạch. Số hạch di căn trung bình 2,4 ± 3,9 hạch. 40% đã có di căn hạch và chủ yếu di căn hạch chặng N1 (11,4%). N2 (11,4%), N3a (17,1%). 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư. Ung thư ở giai đoạn IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1% và 5,7%.

Bảng 4. Kết quả sau mổ

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Phẫu thuật (phút)	207.8 ± 27.4	160	300
Rút thông dạ sày sau mổ (giờ)	39.3 ± 35.1	0	148
Trung tiện sau mổ (giờ)	51.6 ± 14.8	24	96
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	3.6 ± 1.3	2	7
Thời gian cho ăn sau mổ (ngày)	4.5 ± 1.3	2	6
Nằm viện sau mổ (ngày)	8.4 ± 2.7	6	15
Thời gian sống thêm sau mổ (tháng)	33.9 ± 1.1	31.8	36.0

Nghiên cứu về mức độ đau sau mổ, chúng tôi thấy 65,7% đau ít, 31,4% đau vừa, không có trường hợp nào rất đau. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 33,9 ± 1,1 tháng, từ 31,8 tháng đến 36,0 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Theo phân loại lứa tuổi của WHO, người cao tuổi là người từ 60 tuổi trở lên, nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình là 68,5 ± 6,4 tuổi, theo các tác giả tuổi mắc UTDD ở các nước như Nhật Bản là 62,7 - 64,8 tuổi và Châu Âu và Mỹ là 63,6 – 73 tuổi [4]. Chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho những trường hợp UTDD vùng tâm vị, thân vị, UTDD thể loét thâm nhiễm và những trường hợp mà tổn thương bờ ung thư cách tâm vị dưới 6cm để đãm bảo hết tổ chức ung thư. Khoảng cách này trong nghiên cứu của Cristiano [4] là 6,9 ± 0,8 cm (ngắn nhất là 6 cm, dài nhất là 8 cm). Khoảng cách từ bờ trên của thương tổn đến bờ mặt cắt trên đóng vai trò quan trọng trong PTNS cắt dạ dày. Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội UTDD của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5 cm. Chúng tôi thực hiện đường cắt thực quản trên tâm vị 2 – 3 cm, cắt tá tràng ngay phía dưới môn vị khoảng cách 1,5 - 2 cm. Kết quả nghiên cứu có 8,6% ung thư ở 1/3 trên, 80,0% ở 1/3 giữa và 11,4% thể loét thâm nhiễm. 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư.

Kỹ thuật cắt TBDD và phục hồi lưu thông tiêu hóa: 100% trường hợp được PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 với vị trí phẫu thuật viên bên trái và cắt tá tràng sau, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến. Nối thực quản hổng tràng theo kiểu Roux làm miệng nối theo phương pháp Functional end to end bằng Linear staplers (2-3 Echelon Stapler 60B) [6].

Chúng tôi thấy phẫu thuật viên đứng bên trái và cắt tá tràng sau thuật lợi cho việc phẫu tích các bó mạch quanh dạ dày và nạo vét hạch dễ dàng hơn do phần lớn các gốc mạch mạc nằm về bên phải và vùng tâm vị thực quản không bị che khuất bởi gan. Cắt tá tràng sau khi phẫu tích dạ dày, nạo vét hạch là để làm 2 điểm cố định 2 đầu dạ dày từ đó chúng ta nâng dạ dày lên để phẫu tích và nạo vét hạch sẽ thuận lợi hơn, nhờ có điểm cố định là môn vị tá tràng nên khi làm miệng nối thực quản hổng tràng không cắt đoạn thực quản và hổng tràng trước sẽ thuận hơn và làm giam thao tác, rút ngắn thời gian mổ làm giảm số lượng staplers (2 staplers) nên làm giảm chi phí phẫu thuật.

Áp dụng phương thức nạo vét hạch D2 trong phẫu thuật cắt TBDD của Hiệp hội UTDD Nhật Bản năm 2011 [5]. Số hạch vét được trung bình 21,7 ± 7,4 (12 - 44) hạch. Số hạch di căn trung bình 2,4 ± 3,9 (0 - 13) hạch. Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao là hạch nhóm 1 (40%), nhóm 2 (14,3%), nhóm 3 (25,7%), nhóm 4 (22,9%) và nhóm 7 (11,4%). Không thấy di căn hạch nhóm 10, nhóm 11, nhóm 12a. Số hạch nạo vét được ở các tác giả phương Tây và Mỹ thấp hơn, từ 18 – 30,3 hạch [6],[7]. 40% đã có di căn hạch và chủ yếu di căn hạch chặng N1 (11,4%). N2 (11,4%), N3a (17,1%), không có N3b. Nạo vét hạch D2 trong PTNS hoàn toàn cắt TBDD điều trị UTDD là hoàn toàn thực hiện được nhưng phải ở các cơ sở y tế có trang thiết bị đầy đủ và có đội ngũ phẫu thuật viên được đào tạo về PTNS dạ dày. Nghiên cứu chúng tôi gặp ung thư ở các giai đoạn như sau IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1% và 5,7%.

Tai biến trong mổ: có 01 (2,9%) trường hợp tổn xước lách trong lúc vét hạch nhóm 10 gây chảy máu, cầm máu bằng đốt điện trong thì mổ nội soi, không có bệnh nhân nào có tai biến khác hoặc tử vong trong mổ. Tỉ lệ tai biến trong mổ của các tác giả trên thế giới từ 0,9-7,4% [3],[6].

Biến chứng sau mổ: có 01 (2,9%) trường hợp áp xe tồn dư dưới gan trái, sau mổ 5 ngày bệnh nhân có biểu hiện sốt, tiến hành siêu âm ổ bụng phát hiện có ổ tụ dịch dưới gan trái kích thước 3 x 4 x 2cm. Tiến hành chọc hút dịch mủ dưới hướng dẫn siêu âm được khoảng 100ml, sau chọc hút điều trị nội khoa ổn đinh và bệnh nhân ra viện ngày thứ 13 sau mổ. 01 (2,9%) trường hợp bị viêm phổi sau mổ ngày thứ 4 đã tiến hành điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 10. Không có tử vong sau mổ. Tỷ lệ biến chứng của các tác giả phương Tây và Mỹ từ 21 – 26% [4],[7].

Nghiên cứu về mức độ đau sau mổ: 65,7% đau ít, 31,4% đau vừa, không có trường hợp nào rất đau. Chúng tôi ghi nhận hầu như các bệnh nhân sau PTNS đều cảm giác dễ chịu và nguyện vọng dùng thuốc giảm đau ít hơn và sự phục hồi vận động nhanh hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình 207,8 ± 27,4 phút, những ca đầu thời gian mổ còn dài, 300 phút, về sau thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngày càng được rút ngắn hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [6],[8],[9]. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 51,6 ± 14,8 giờ. Thời gian nằm viện trung bình 8,4 ± 2,7 ngày, kết

quả này cũng tương tự các tác giả khác [7]. Thời gian rút ống thông dạ dày trung bình 39,3 ± 35,1 giờ và rút dẫn lưu ổ bụng trung bình 3,6 ± 1,3 ngày. Lưu thông mũi dạ dày là vấn đề làm cho người bệnh rất khó chịu và làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống [8], qua nghiên chúng tôi thấy không có chảy máu miệng nối hay rò tiêu hóa khi khâu nối lưu thông tiêu hóa bằng Stapler, vì vậy không cần thiết phải lưu thông mũi dạ dày sau mổ, kết quả nghiên cứu có 12 (34,3%) trường hợp không lưu thông mũi dạ dày, tất cả đều không có biến chứng về miệng nối. Thời gian cho ăn trung bình sau mổ 4,5 ± 1,3 ngày. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 33,9 ± 1,1 tháng, từ 31,8 đến 36 tháng. Thời gian sống thêm sau mổ 1 năm là 100% và 2 năm tháng 95,4%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 với vị trí phẫu thuật viên bên trái là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị UTDD ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F Bray, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018).** "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries". CA CANCER J CLIN, 68: 394-424.
2. **Azagra JS, Groergen M, Gilbart E, Alonso. J, Centerik M (2001):** "Laparoscopy assisted total gastrectomy with extended D2 lymphadenectomy for cancer: Technical aspect". Le Jour Coelio- Chir, 40: 79- 83.
3. **Muneharu. F (2015)** "Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer in the elderly patients. Surg Endosc (https://doi.org/10.1007/s00464-015-4340-5).
4. **Cristiano GS, Mingoli A, Sgarzini G et al (2005).** "Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial". Ann Surg, 241(2), pp. 232–237.
5. **Japanese Gastric Cancer Association (2011).** "Japanese classification of gastric carcinoma – 3rd english edition". Gastric Cancer, 14, pp. 101–112.
6. **Kitano S, Shiraishi N (2007).** "A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in japan". Ann Surg, 245(1), pp. 68–72.
7. **Van Huong Nguyen et al (2020),** "Results of laparoscopic total gastrectomy and D2 lymph node dissection with the left-site surgeon and final resection and closure of the duodenal stump in gastric cancer treatmen", Surg. Gastroenterol. Oncol. 2020; 25 (4):199 – 205 (DOI: 10.21614/sgo-25-4-199).
8. **Dinh Van Chien et al (2020),** "Totally laparoscopic total gastrectomy with technique of functional endto-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of the esophagus and jejunum", International Surgery Journal 2020 Nov;7(11): 3614 – 3619 (DOI: https://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20204659).
9. **Nguyen Van Huong et al (2020),** "Comparison of outcomes between totally laparoscopic total gastrectomy and laparoscopic-assisted total gastrectomy for gastric cancer: A retrospective cohort study", Laparosc Endosc Surg Sci 2020;27(3):162-168 (DOI: 10.14744/less.2020.74508).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ SỰ BỘC LỘ DẤU ẤN ALK TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN CỦA PHỔI

Dương Minh Phương[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự tái sắp xếp gen ALK trên bệnh nhân ung thư phổi (UTP) không tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ từ 3-7%. Một số nghiên cứu chỉ ra đột biến ALK thường gặp ở các bệnh nhân nữ, trẻ tuổi, không hoặc ít hút thuốc, giai đoạn muộn và typ tuyến. Hiện nay,có nhiều phương pháp xét nghiệm đột biến ALK nhưng hoá mô miễn dịch (HMMD) là phương pháp xét nghiệm cho kết quả nhanh, giá thành hợp lý. Đồng thời kết quả nhuộm HMMD bằng dấu ấn ALK D5F3 của hãng Ventana được FDA sử dụng để điều trị thuốc crizotinib. Ứng dụng kết quả nhuộm ALK mang lại hiệu quả cao trong thực hành lâm sàng. Đồng thời, các nghiên cứu về đột biến ALK trong ung thư biểu mô tuyến ở Việt Nam chưa có. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét một số đặc điểm vi thể của các dưới typ ung thư biểu mô tuyến của phổi, xác định tỷ lệ bộc lộ ALK ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi và đối chiếu với một số đặc điểm bệnh học của bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 185 trường hợp được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến của phổi tại bệnh viện K trên bệnh phẩm phẫu thuật, sinh thiết, cell block được nhuộm HMMD với dấu ấn ALK (D5F3) trong giai đoạn từ tháng 3 năm 2019 tới tháng 8 năm 2020. **Kết quả:** Có 27/185 trường hợp dương tính với ALK (chiếm 14,6%). ALK dương tính liên quan tới nhóm bệnh nhân <40 tuổi. Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ ALK dương tính với các yếu tố: Giới, vị trí lấy bệnh phẩm, typ mô bệnh học, độ mô học, vị trí u tại phổi, kích thước u, số lượng u, tính chất xâm lấn và giai đoạn bệnh.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến phổi, Bệnh viện Phổi trung ương

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL FEATURES AND ALK MARKER EXPRESSION IN LUNG ADENOCARCINOMA

Objectives: This study was aimed to determine the rate of ALK expression and some clinical-pathology factors of lung adenocarcinoma. **Background:** Approximately 3–7% of non-small cell lung cancers harbor an anaplastic lymphoma kinase (ALK) gene fusion, constituting a new molecular subtype of lung cancer that responds to targeted cancer drugs. Some features previously reported to be associated with ALK rearrangements include female, young age of onset, reduced smoking history, advanced stage at presentation and adenocarcinoma histology. ALK gene fusion can be evaluated by several methods and using immunohistochemistry (IHC) is effective and expeditious. Additionally, FDA approved using the ALK IHC (D5F3) of Ventanato identify ALK-positive non-small cell lung cancerpatients eligible for treatment with the crizotinib, which brings several benefits of clinical practice. In

[1]*Bệnh viện Phổi Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Phương
Email: drphuonggpb1980@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Vietnam, researches of ALK rearrangements on invasive lung adenocarcinoma have not been available. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study with 185 cases of invasive lung adenocarcinoma diagnosed at Vietnam National Cancer Hospital by using resection, core biopsy and cell block between July 2019 and August 2020.

Results: We found that ALK was positive in 27 cases, constituting 14,6% of invasive lung adenocarcinoma. ALK-rearranged tumors were significantly associated with group of patients under 40 years and not associated with group of sex, sites of specimen, histology subtype, histology grade, tumor number, tumor size, stage, invasion status and lympho node status.

Keywords: lung adenocarcinoma, Central Pulmonary hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính thường gặp và nguyên nhân gây tử vong do ung thư hàng đầu trên toàn thế giới. Theo thống kê của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2020, dự tính toàn Hoa Kỳ có khoảng 228.820 trường hợp UTP mới mắc trong đó có 135.720 trường hợp tử vong [1]. Điều trị UTP có nhiều phương pháp khác nhau, phương pháp áp dụng cho giai đoạn sớm là phẫu thuật, giai đoạn muộn hơn là hóa, xạ trị, điều trị nhắm trúng đích. Trong các gen điều trị đích của UTP, ALK là một gen mới thường có đột biến trong các trường hợp UTP có EGFR âm tính, ngày càng được quan tâm và nghiên cứu. ALK mã hóa một loại protein thuộc một phần của họ thụ thể insulin. Sự thay đổi trong gen ALK xảy ra ở một số loại ung thư như nhóm u lympho tế bào lớn bất thục sản, u nguyên bào thần kinh, u nguyên bào xơ cơ viêm và UTP không tế bào nhỏ [2], [3], [4]. Sự tái sắp xếp gen ALK trên bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ từ 3-7% [5], [6], [7]. Tỷ lệ cũng tương tự hoặc cao hơn trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi. Việc phát hiện các đột biến gen ALK có thể được thực hiện bằng kỹ thuật lai tại chỗ, HMMD hoặc PCR. Mỗi phương pháp phát hiện đột biến ALK có ưu điểm và nhược điểm khác nhau. Phương pháp phát hiện đột biến ALK bằng HMMD có ưu điểm: kết quả nhanh, giá thành rẻ, sử dụng mẫu mô bệnh nhân sinh thiết. Đồng thời, một loạt các nghiên cứu trên thế giới so sánh giá trị giữa các phương pháp đã chỉ ra sự tương đồng của phương pháp nhuộm HMMD phát hiện đột biến ALK có độ tương đồng cao với FISH [6]. Những năm gần đây, FDA đã chấp thuận sử dụng kết quả HMMD của ALK khi nhuộm bằng kháng thể ALK (D5F3) của hãng Ventana để chỉ định thuốc điều trị đích [8]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về mô bệnh học UTP, nhiều nghiên cứu về đột biến gen EGFR nhưng còn rất ít nghiên cứu về đột biến ALK trong ung thư tuyến phổi. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu này với mục tiêu đánh sự bộc lộ dấu ấn ALK trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi và một số yếu tố bệnh học.

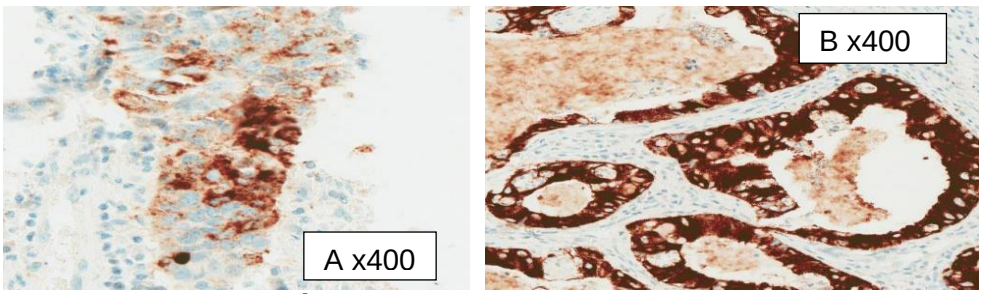
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 185 trường hợp được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến của phổi tại bệnh viện K trên bệnh phẩm phẫu thuật, sinh thiết và cell block, các bệnh nhân được nhuộm HMMD với dấu ấn ALK (D5F3) trong giai đoạn từ 3/2019-8/2020. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.Các bước nghiên cứu:Thu thập tuổi, giới, tình trạng hút thuốc, kết quả phim CT của đối tượng nghiên cứu theo hồ sơ bệnh án. Thu thập tiêu bản HE và PAS, khối nến của các trường hợp nghiên cứu hồi

cứu. Những trường hợp sinh thiết nhỏ, nếu không đủ bằng chứng trên nhuộm HE và PAS sẽ được nhuộm thêm các dấu ấn CK7, TTF-1 và Napsin A để khẳng định typ mô bệnh học. Tất cả dấu ấn HMMD trên được thực hiện trên máy nhuộm tự động tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Sinh học phân tử, bệnh viện K.Các yếu tố bệnh học: giới, nhóm tuổi, giai đoạn bệnh, typ mô bệnh học, độ mô học, số lượng u trên CT, kích thước u, đặc điểm xâm lấn của u trên CT, đặc điểm hạch to trên CT.

Bảng 1: Cách đánh giá ALK bằng HMMD trong ung thư phổi không tế bào nhỏ [5]

Kết quả	Mô tả nhuộm màu
Dương tính	Có sự hiện diện của bắt màu mạnh hạt tế bào chất trong các tế bào u (bất kỳ tỷ lệ phần trăm của các tế bào khối u dương tính). Một số yếu tố nhuộm cần được loại trừ, bao gồm: - Các chấm nhạt tế bào chất trong các đại bào phế nang, - Tế bào có nguồn gốc thần kinh (tế bào thần kinh và hạch), biểu mô tuyến, tế bào lympho rải rác trong các phần thâm nhiễm tế bào lympho. - Nhuộm nền (bao gồm chất nhầy và trong các khu vực khối u hoại tử)
Âm tính	Không hiện diện bắt màu mạnh tế bào chất trong các tế bào u.



Hình 2: Kết quả nhuộm HMMD ALK dương tính: bào tương tế bào u bắt màu mạnh[5]

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong 185 bệnh nhân có 124 (67%) bệnh nhân nam, 61 (33%) bệnh nhân nữ trong đó 10 bệnh nhân <40 tuổi, 175 bệnh nhân ≥ 40 tuổi. Các vị trí lấy bệnh phẩm tại phổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 138 trường hợp chiếm 74,6%, ví trí hay gặp thứ 2 là hạch với 30 bệnh nhân (16,2%), các ví trí khác bao gồm: dịch màng phổi 13 bệnh nhân (7%), gan 1 bệnh nhân (0,5%), xương 1 bệnh nhân (0,5%) và não 2 bệnh nhân (1%). Typ mô bệnh học trong ung thư biểu mô tuyến hay gặp nhất là typ nang chiếm 34,6%, tiếp theo là typ đặc 24,9%, các typ khác hiếm gặp hơn như: typ nhú (9,2%), vi nhú (10,3%), nhầy (5,9%), không xếp loại (13%) và ít nhất là typ lepidic chiếm 2,2%. Trong nghiên cứu, chủ yếu gặp nhóm bệnh nhân có u lớn hơn 30 mm chiếm 70,8%, nhóm u ít gặp nhất là u nhỏ hơn 10 mm chiếm 1,6%. Nghiên cứu này chỉ có 7,6% bệnh nhân giai đoạn sớm, giai đoạn muộn chiếm 92,4%. Tình trạng di căn hạch trên phim cắt lớp vi tính ngực, nhóm N2 chiếm 57,3%, tiếp theo là nhóm N3 và N1 chiếm lần lượt 16,2% và 24,3%, ít nhất là nhóm N0 chiếm 2,2%.

Bằng phương pháp nhuộm HMMD với dấu ấn ALK (D5F3), nghiên cứu chúng tôi thấy có 27 trường hợp dương tính chiếm 14,6% và 158 trường hợp âm tính chiếm 85,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu sự bộc lộ ALK trong ung thư biểu mô tuyến của Scott J. Rodig và cs, Kentaro Inamura và cs tỷ lệ này lần lượt là 5,9% và 4,3%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Hyo Jae Kang và cộng sự có khoảng 10,4% ung thư biểu mô tuyến dương tính với ALK [6]. Tỷ lệ bộc lộ ALK trong ung thư biểu mô tuyến của phổi của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Joana Vidal và cs nghiên cứu này có tới 28% ung thư tuyến dương tính với ALK [3]. Kết quả của các nghiên cứu đều chỉ ra tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến có tỷ lệ bộc lộ ALK hơn so với các UTP không tế bào nhỏ nói chung, tuy nhiên tỷ lệ này còn khác nhau giữa các nghiên cứu do cỡ mẫu và phương pháp đánh giá ALK khác nhau.

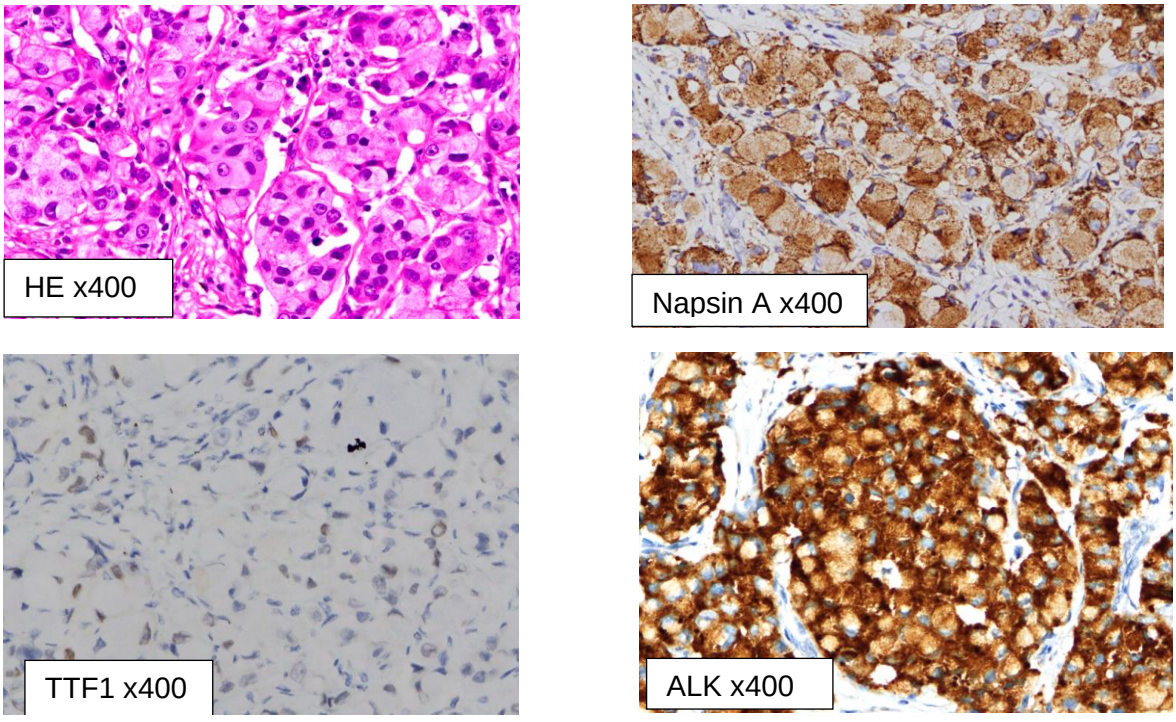
Sự bộc lộ ALK và một số yếu tố liên quan cũng được chúng tôi khảo sát, kết quả được thể hiện trong bảng 2.

	ALK (-)		**ALK (+)**		**p**
	n	**%**	**n**	**%**	
TUỔI					
<40	5	50,0	5	50,0	0,001
≥ 40	153	87,4	22	12,6	
GIỚI					
Nam	108	87,1	16	12,9	0,237
Nữ	50	82,0	11	18,0	
VỊ TRÍ U					
Phổi	125	90,6	13	9,4	0,27
Hạch	23	76,7	7	23,3	
Dịch màng phổi	7	53.9	6	46.1	
Xương	1	100	0	0	
Gan	1	100,0	0	0,0	
Não	1	50,0	1	50,0	
TYP MÔ BỆNH HỌC					
Chùm nang	60	93,8	4	6,3	0,2
Đặc	36	78,3	10	21,7	
Nhú	16	94,1	1	5,9	
Vi nhú	17	89,5	2	10,5	
Nhầy	8	72,7	3	27,3	
Lepidic	4	100,0	0	0,0	
Không xếp loại	17	70,8	7	29,2	

ĐỘ MÔ HỌC					
I	4	100,0	0	0,0	0,84
II	75	96,2	3	3,8	
III	62	78,5	17	21,5	
KÍCH THƯỚC U					
<1cm	2	66,7	1	33,3	0,064
1-3 cm	40	78,4	11	21,6	
≥3 cm	116	88,5	15	11,5	
SỐ LƯỢNG U					
1	97	85,1	17	14,9	0,87
2	38	86,4	6	13,6	
>2	23	85,2	4	14,8	
TÍNH CHẤT XÂM LẤN					
Không xâm lấn	68	89,5	8	10,5	0,19
Xâm lấn màng phổi	34	82,9	7	17,1	
Xâm lấn trung thất	46	80,7	11	19,3	
Xấm lấn từ 2 vị trí	10	90,9	1	9,1	
DI CĂN TRÊN CT					
N0	2	50,0	2	50,0	0,07
N1	27	90	3	10	
N2	89	84	17	16	
N3	40	88,9	5	11,1	
GIAI ĐOẠN					
Sớm (I tới IIIA)	12	85,7	2	16,7	0,97
Muộn (IIIB, IV)	146	85,4	25	14,6	

Khảo sát sự bộc lộ ALK với các yếu tố liên quan chúng tôi thấy các bệnh nhân trẻ tuổi (<40 tuổi) có tới 50% các trường hợp ung thư biểu mô tuyến âm tính với EGFR có dương tính với ALK sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, đều cho kết quả thấy đột biết ALK hay gặp hơn ở các bệnh nhân trẻ tuổi. Tỷ lệ bộc lộ ALK ở nữ cao hơn ở nam với tỷ lệ tương ứng là 18% và 12,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ lệ này tương đồng với tác giả Joana Vidal và cs với kết quả là 19% và 13% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí bệnh phẩm rất đa dạng, trong đó tỷ lệ bộc lộ ALK trong ung thư biểu mô tuyến di căn não là cao nhất với 50%, tiếp đến là vị trí dịch màng phổi với 6/14 trường hợp dương tính chiếm 46,1%, tiếp đến là vị trí hạch có 30% trường hợp dương tính, vị trí nguyên phát tại phổi có

13,8%, một số vị trí ít gặp hơn như gan, xương không có trường hợp nào dương tính. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các vị trí không có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm mô bệnh học của nhóm ALK dương tính thường gặp các đặc điểm typ nhầy, mặt sàng, dạng nhẫn, dạng gan [7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy ung thư biểu mô tuyến typ nhầy có tỷ lệ bộc lộ ALK cao nhất với 27,3%, tiếp đến typ đặc với 21,7%, typ có tỷ lệ bộc lộ ALK thấp nhất là lepidic không có trường hợp nào bộc lộ với ALK. Các typ nang, nhú, vi nhú, không xếp loại có tỷ lệ bộc lộ ALK thấp với lần lượt là 6,3%; 5,9%; 10,5% và 7%. Sự khác biệt giữa các thứ typ không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu về hình thái mô bệnh học của 2 nhóm ung thư biểu mô tuyến gồm 104 trường hợp ALK dương tính và 215 âm tính, tác giả Michiya Nishino đưa ra được các đặc điểm thường gặp hơn trong ung thư biểu mô tuyến có ALK dương tính bao gồm: tế bào nhẫn, cấu trúc vi nhú, tế bào dạng gan, cấu trúc đặc, cấu trúc vi nhú. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng, các typ ung thư biểu mô tuyến dạng đặc, nhầy có tỷ lệ bộc lộ cao hơn so với các typ khác. Về độ mô học, nhóm u có độ mô học III, có tiên lượng xấu nhất, có tỷ lệ đột biến ALK cao nhất với 21,5%, tiếp đến là độ mô học II có 3,8%, trong khi đó độ I không có trường hợp nào dương tính với ALK. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Yuan Li, với các u có độ mô học cao có tỷ lệ đột biến ALK cao hơn so với độ mô học thấp, tuy nhiên cả 2 nghiên cứu đều thấy rằng sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê.



Hình 3. Ung thư biểu mô tuyến nhầy biến thể tế bào nhẫn, di căn hạch nguyên phát từ phổi (CK7+,TTF1+,Napsin A+), có ALK dương tính (Số tiêu bản: K3-19-95163)

Các đặc điểm trên CT đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá giai đoạn bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi, một số đặc điểm quan trọng trên phim CT được đánh giá và đối chiếu tỷ lệ bộc lộ ALK giữa các nhóm. Với các u kích thước dưới 1cm, tỷ lệ bộc lộ ALK cao nhất với 33,3%, tiếp đến nhóm u có kích thước 1-3cm với 21,6%, nhóm có tỷ lệ bộc lộ thấp nhất là trên 3cm chỉ có 11,5%. So sánh với nghiên cứu của Yuan Li và cs, các u nhỏ hơn 3cm và trên 3 cm có tỷ lệ dương tính ALK lần lượt là 9,6% và 12,3%, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt, tuy nhiên 2 nghiên cứu đều chỉ ra sự khác biệt giữa các nhóm kích thước không có ý nghĩa thống kê. So sánh tỷ lệ bộc lộ ALK với số lượng u trên cắt lớp vi tính chúng tôi thấy tỷ lệ bộc lộ khá tương đồng giữa các nhóm 1 u, 2 u và trên 2 u với tỷ lệ lần lượt là 14,9%; 13,6% và 14,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tính chất xâm lấn cũng là một trong các yếu tố quan trọng để đánh giá giai đoạn và tiên lượng cho bệnh nhân, dựa vào các đặc điểm xâm lấn trên phim, chúng tôi chia thành các nhóm u xâm lấn các vị trí khác nhau. Kết quả thấy rằng tỷ lệ bộc lộ ALK ở nhóm u có xâm lấn trung thất là cao nhất với 19,3%, tiếp theo là nhóm u có xâm lấn màng phổi với 17,1%, các u không xâm lấn và xâm lấn cả 2 vị trí có tỷ lệ lần lượng là 10,5% và 9,1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm hạch di căn trên phim cắt lớp vi tính được chia làm 4 nhóm, trong đó nhóm N0 có tỷ lệ bộc lộ ALK cao nhất 2/2 trường hợp tương ứng với 50%, các nhóm N1, N2, N3 có tỷ lệ bộc lộ tương ứng 10%, 16% và 11,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu còn thấp. Các ung thư biểu mô tuyến giai đoạn sớm có tỷ lệ bộc lộ ALK cao hơn nhóm giai đoạn muộn với tỷ lệ lần lượt là 16,7% và 14,6%. Kết quả này, tương đồng với tác giả Yuan Li, không có sự khác biệt giữa nhóm u giai đoạn sớm và muộn [5].

IV. KẾT LUẬN

Có 27/185 trường hợp dương tính với ALK (chiếm 14,6%). ALK dương tính liên quan tới nhóm bệnh nhân <40 tuổi, Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ ALK dương tính với các yếu tố: Giới, vị trí lấy bệnh phẩm, typ mô bệnh học, độ mô học, vị trí u tại phổi, kích thước u, số lượng u, tính chất xâm lấn và giai đoạn bệnh.

V. KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu 185 trường hợp UTBMTP không đột biến EGFR được nhuộm HMMD với dấu ấn ALK bằng kháng thể D5F3 của hãng Ventana, chúng tôi tạm đưa ra khuyến nghị sau:

- Nên xét nghiệm ALK (bằng kháng thể D5F3) cho bệnh nhân UTBMT của phổi không đột biến EGFR vì sẽ có khoảng >10% bệnh nhân có cơ hội điều trị đích, đặc biệt những bệnh nhân UTBMT giai đoạn muộn khi mà những phương pháp điều trị truyền thống (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị) đã thất bại.

- Việc sử dụng mẫu bệnh phẩm UTBMTP ở mô nguyên phát hay di căn, bất kể giai đoạn bệnh, tuổi, giới, độ mô học không ảnh hưởng tới kết quả bộc lộ ALK. Tuy nhiên cần cân nhắc khi xét nghiệm cho bệnh nhân UTBMT có hút thuốc vì khả năng âm tính rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bade B.C. and Dela Cruz C.S. (2020).** Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention. Clinics in Chest Medicine, **41**(**1**), 1–24.
2. **Mossë Y.P., Laudenslager M., Longo L., et al. (2008).** Identification of ALK as the Major Familial Neuroblastoma Predisposition Gene. Nature, **455**(**7215**), 930–935.
3. **Vidal J., Clavé S., de Muga S., et al. (2014).** Assessment of ALK Status by FISH on 1000 Spanish Non-Small Cell Lung Cancer Patients. Journal of Thoracic Oncology, **9**(**12**), 1816–1820.
4. **Boland J.M., Erdogan S., Vasmatzis G., et al. (2009).** Anaplastic lymphoma kinase immunoreactivity correlates with ALK gene rearrangement and transcriptional up-regulation in non-small cell lung carcinomas. Hum Pathol, **40**(**8**), 1152–1158.
5. **Li Y., Pan Y., Wang R., et al. (2013).** ALK-rearranged lung cancer in Chinese: a comprehensive assessment of clinicopathology, IHC, FISH and RT-PCR. PLoS ONE, **8**(**7**), e69016.
6. **Kang H.J., Lim H.-J., Park J.S., et al. (2014).** Comparison of clinical characteristics between patients with ALK-positive and EGFR-positive lung adenocarcinoma. Respiratory Medicine, **108**(**2**), 388–394.
7. **Yoshida A., Tsuta K., Nakamura H., et al. (2011).** Comprehensive histologic analysis of ALK-rearranged lung carcinomas. Am J Surg Pathol, **35**(**8**), 1226–1234.
8. **Cui J.J., Tran-Dubé M., Shen H., et al. (2011).** Structure based drug design of crizotinib (PF-02341066), a potent and selective dual inhibitor of mesenchymal-epithelial transition factor (c-MET) kinase and anaplastic lymphoma kinase (ALK). J Med Chem, **54**(**18**), 6342–6363.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH CỦA BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lê Nhật Huy[1], Dương Đình Chỉnh[2], Nguyễn Vĩnh Hải[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đến khám và điều trị tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng mắc COPD đến khám tại phòng khám hô hấp và điều trị tại khoa Dị ứng – Hô hấp từ tháng 02/2020 đến tháng 8/2020. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh về COPD. **Kết quả:** kiến thức về COPD ở nhóm bệnh nhân quản lý ngoại trú cao hơn nhóm chưa được quản lý về: tên bệnh, yếu tố nguy cơ, các triệu chứng lâm sàng từ 30-50%. Thái độ: nhóm bệnh nhân quản lý cao hơn: cai thuốc (27%), tránh bụi hóa chất (13%), tập thở vận động (56%), khám định kỳ (79%), nghe chỉ dẫn bác sĩ (17%). Thực hành: Thực hành tốt ở nhóm bệnh nhân quản lý cao hơn nhóm không quản lý 34%, tránh xa khói thuốc (61%), tuân thủ điều trị (91%), ho có kiểm soát (19%), thở chúm môi đúng (37%), sử dụng đúng bình hít bột khô (29%), sử dụng đúng bình xịt định liều (32%), sử dụng máy khí dung đúng (43%). **Kết luận:** kiến thức, thái độ và thực hành về COPD ở nhóm quản lý ngoại trú cao hơn nhóm điều trị nội trú.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease), Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

SUMMARY

EVALUATING THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the knowledge, attitude and practice on patients with COPD in Nghe An. **Subjects and research methods:** patients with COPD in Respiratory clinic and Respiratory Department of Nghe An Friendship General Hospital from 02/2020 to 8/2020. Cross-sectional descriptive design: the knowledge - attitude – practice in patients with COPD. **Results:** The knowledge of COPD is higher in the outpatients than inpatients about: the name of COPD, risk factors, clinical symptoms by 30% - 50%. Attitude about COPD in outpatients is higher than others: stop smoking (27%), avoid chemical dust (13%), breathing execrise (56%), periodically examine (79%), flowing doctor's instructions (17 %). Practice: Good practice in the outpatients is higher than inpatients 34%, away from cigarette smoke (61%), adherence to treatment (91%), controlled cough (19%), pursed-lip breathing (37%), use the correct dry powder inhaler (29%), use the correct pMDI (32%), use the correct nebulizer (43%). **Conclusion:** the knowledge, attitude and practice

[1]Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.
[2]Sở y tế Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Lê Nhật Huy
Email: lenhathuy78@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

on outpatients is higher than inpatients group with COPD in Nghe An Friendship General Hospital.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Nghe An Friendship General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là nguyên nhân gây tử vong sớm, tỷ lệ tử vong cao và chi phí điều trị đáng kể cho các hệ thống y tế [5],[6]. Hiện nay, tại các tuyến y tế cơ sở hầu hết điều trị bệnh nhân bị đợt cấp, giai đoạn nặng mà chưa có phòng quản lý ngoại trú. Trong khi đó sự hiểu biết của người dân và người bệnh về COPD còn rất hạn chế, thậm chí gặp cả những bệnh nhân đã được quản lý lâu dài [1]. Nhằm đánh giá kiến thức thái độ và thực hành của bệnh nhân mắc COPD giữa nhóm đã được quản lý và nhóm chưa được quản lý, chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tổng số 200 người mắc COPD đến khám và điều trị tại phòng khám Hô hấp và Khoa Dị ứng – Hô hấp Bệnh viện HNĐK Nghệ An.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có kết quả đo CNTK biểu hiện RLTK tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test HPPQ: Chỉ số Gaensler (FEV_1/FVC) < 70%.

Đủ sức khỏe, tinh thần, thời gian tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2020 đến tháng 8/2020

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3.1.Thiết kế nghiên cứu:

+ Chẩn đoán bệnh nhân mắc COPD

+ Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của người mắc COPD

2.3.2.Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu: Kỹ thuật phương pháp chọn mẫu thuận tiện

- Tất cả bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Hô hấp Bệnh viện HNĐK Nghệ An và bệnh nhân vào điều trị nội trú tại khoa Dị ứng – Hô hấp được chẩn đoán mắc COPD

- Cỡ mẫu xác định được: n = 200 bệnh nhân

2.3.3. Phương tiện và các kỹ thuật thu thập thông tin

- Bộ câu hỏi đánh giá Kiến thức, thái độ và thực hành cho người bệnh

+ Kiến thức: bao gồm những kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, phòng bệnh, các thuốc sử dụng giai đoạn ổn định và điều trị COPD.

Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá, thuốc lào.

+Thái độ: thái độ khi bản thân hoặc người thân mắc bệnh, thái độ về nơi khám chữa bệnh, thái độ đối với người hút thuốc và thái độ về việc sống, sinh hoạt khi mắc COPD.

+Thực hành: thực hành cai thuốc, ho có kiểm soát, thở chúm môi, sử dụng các dụng cụ hít.

2.2. Xử lý số liệu: xử lý theo chương trình phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của ĐTNC về COPD

Bảng 3.1. Kiến thức của ĐTNC về các đặc điểm của COPD

ĐTNC / Đặc điểm	Tổng chung (n=200)		BN quản lý (n=100)		BN không quản lý (n=100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh lây	12	6	0	0	12	12	<0,001
Không lây	188	94	100	100	88	88	
Cấp tính	23	11,5	1	1	22	22	<0,001
Mạn tính	177	88,5	99	99	78	78	
Cần điều trị khi bệnh ổn định	117	58,5	100	100	17	17	< 0,001

Nhận xét: Trong nhóm 100 bệnh nhân không được quản lý, có 12% cho rằng COPD là bệnh lây nhiễm, 23% cho rằng COPD là bệnh cấp tính và khi bệnh ở giai đoạn ổn định chỉ có 17% nghĩ là cần phải duy trì điều trị.

Bảng 3.2. Kiến thức của ĐTNC về yếu tố nguy cơ của COPD

ĐTNC / Yếu tố nguy cơ	Tổng chung (n= 200)		BN quản lý (n=100)		BN không quản lý (n=100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Khói thuốc	177	88,5	99	99	78	78	< 0,05
Ô nhiễm môi trường	189	94,5	95	95	94	94	> 0,05
VPQ mạn tính	73	36,5	46	46	27	27	> 0,05
Hen phế quản	62	31	35	35	27	27	> 0,05
Đã điều trị lao phổi	45	22,5	26	26	19	19	< 0,05
Yếu tố di truyền	72	36	48	48	24	24	< 0,05
Không biết	4	2	3	3	1	1	> 0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa hai nhóm về YTNC là khói thuốc, di truyền và điều trị lao phổi.

Bảng 3.3. Kiến thức của ĐTNC về triệu chứng lâm sàng của COPD

ĐTNC / Triệu chứng	Tổng chung (n=200)		BN quản lý (n=100)		BN không quản lý (n=100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Ho mạn tính	172	86	91	91	81	81	< 0,05
Khạc đờm mạn tính	143	71,5	88	88	55	55	< 0,05
Khó thở	171	85,5	90	90	81	81	< 0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm được quản lý và nhóm BN không được quản lý về kiến thức triệu chứng lâm sàng COPD.

Bảng 3.4. Kiến thức của ĐTNC về thuốc chính điều trị COPD

ĐTNC / Nhóm thuốc	Tổng chung (n=200)		BN quản lý (n=100)		BN không quản lý (n=100)		p
	N	%	n	%	n	%	
Thuốc giãn phế quản	43	21,5	39	39	4	4	<0,001
Kháng sinh	70	35	30	30	40	40	
Coticoid	42	21	31	31	11	11	
Giảm ho, long đờm	14	7	0	0	14	14	
Thuốc khác	2	1	0	0	2	2	
Không biết	29	14,5	0	0	29	29	

Nhận xét: Hầu hết BN đều cho rằng kháng sinh là thuốc chính (35%), có 21,5% BN trả lời đúng thuốc giãn phế quản là thuốc chính. Khác biệt giữa hai nhóm với p<0,001

3.2. Thái độ của ĐTNC về COPD

Bảng 3.6. Thái độ của ĐTNC khi biết mình mắc COPD

ĐTNC / Thái độ	Tổng chung (n=200)		BN quản lý (n=100)		BN không quản lý (n=100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cai thuốc	169	84,5	98	98	71	71	< 0,05
Tránh bụi, hóa chất	181	90,5	97	97	84	84	< 0,05
Tập thở, vận động	90	45	78	78	22	22	< 0,05
Tránh lạnh, ẩm	194	97	100	100	94	94	< 0,05
Tái khám định kỳ	121	60,5	100	100	21	21	< 0,05
Chỉ dẫn bác sĩ	177	88,5	97	97	80	80	< 0,05
Đến y tế công	196	98	100	100	96	96	>0,05
Y tế tư nhân	4	2	0	0	4	4	>0,05

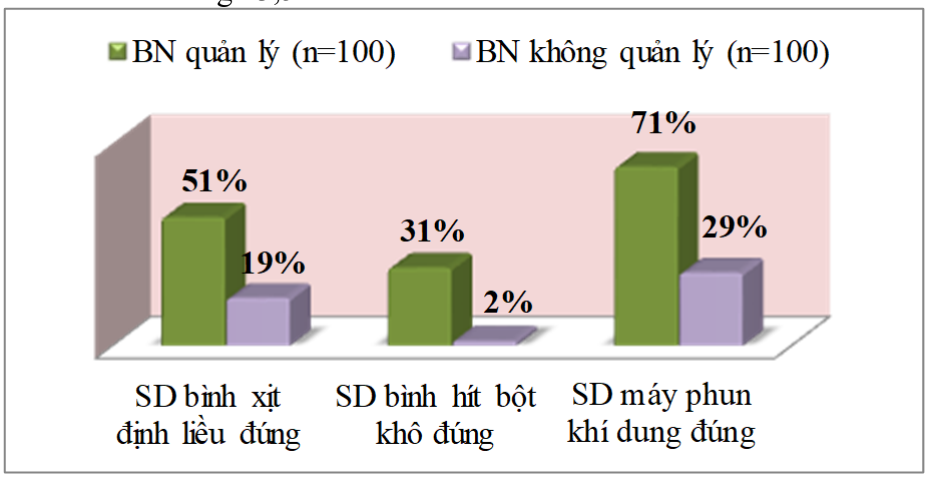
Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm BN được quản lý và BN không được quản lý.

3.3. Thực hành của ĐTNC về COPD

Bảng 3.7. Thực hành của người bệnh về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

ĐTNC / Thực hành	Tổng chung (n=200)		BN quản lý (n=100)		BN không quản lý (n=100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tránh xa khói thuốc	135	67,5	98	98	37	37	< 0,05
Tiêm phòng cúm, phế cầu	15	7,5	11	11	4	4	>0,05
Tuân thủ điều trị	109	54,5	100	100	9	9	< 0,05
Ho có kiểm soát	21	10,5	20	20	1	1	< 0,05
Thở chúm môi đúng	47	23,5	40	40	7	7	< 0,05

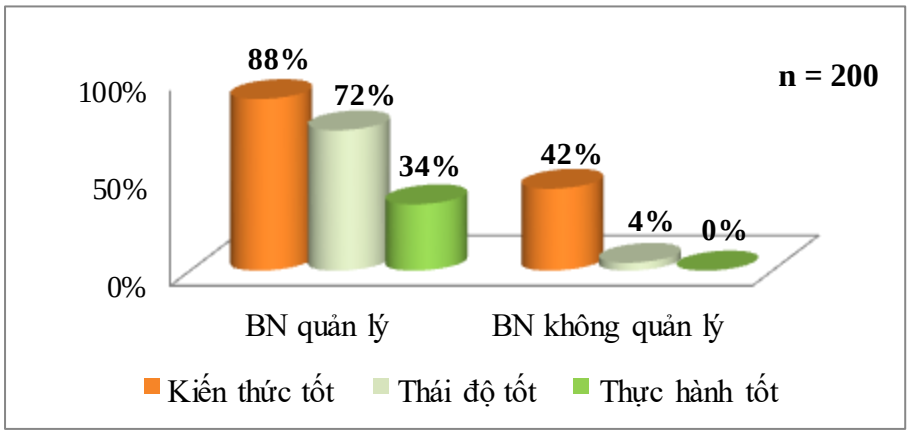
Nhận xét: Tỉ lệ tránh xa khói thuốc 67,5%, tuân thủ điều trị 54,5%, ho có kiểm soát đúng (10,5%), thở chúm môi đúng 23,5%



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sử dụng đúng dụng cụ phân phối thuốc đường hô hấp

Nhận xét: Sử dụng máy khí dung đúng 57%, thực hành đúng bình xịt định liều 35%, sử dụng bình hít bột khô đúng 16,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

3.4. Đánh giá kết quả kiến thức thái độ, thực hành



Biểu đồ 3.2. Kết quả kiến thức tốt, thái độ tốt, thực hành tốt giữa 2 nhóm

Nhận xét: Tỉ lệ kiến thức tốt ở nhóm BN quản lý cao hơn nhóm BN không quản lý 46%, thái độ tốt ở nhóm BN quản lý cao hơn nhóm BN không quản lý 30% và tỉ lệ thực hành tốt ở nhóm BN quản lý cao hơn nhóm không quản lý 34%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Kiến thức về COPD: ở nhóm bệnh nhân không được quản lý có sự hiểu biết chưa đầy đủ về COPD, kiến thức của họ về đặc điểm cũng như về điều trị bệnh vẫn còn hạn chế. Kết quả tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, hiểu biết của người bệnh về COPD rất kém, họ thường biết rất ít về COPD và nhầm lẫn với hen phế quản, một số trường hợp không nghĩ hút thuốc là nguy cơ của COPD, một số quan niệm sai lầm cho rằng COPD là bệnh truyền

nhiễm [2]. Kiến thức của người bệnh về triệu chứng lâm sàng: ho mạn tính, khạc đờm mạn tính và khó thở ở nhóm bệnh nhân không được quản lý có tỉ lệ thấp hơn nhóm quản lý ngoại trú. Điều này phù hợp với thực trạng kiến thức về COPD ở người được phát hiện lần đầu còn rất thấp.

Việc điều trị COPD với cốt lõi là thuốc giãn phế quản dạng xịt/hít vừa có tác dụng điều trị cắt cơn, vừa có tác dụng điều trị dự phòng [8]. Tuy nhiên, khi được hỏi về thuốc chính điều trị bệnh chỉ có 39% bệnh nhân thuộc nhóm BN quản lý trả lời chính xác, tỉ lệ này còn thấp hơn rất nhiều ở nhóm BN không quản lý (4%). Bên cạnh đó có đến 40% đối tượng nhóm BN không quản lý cho rằng kháng sinh mới là thuốc chính điều trị bệnh, tỷ lệ này ở nhóm BN đang quản lý là 30%. Tỷ lệ trả lời đúng chưa cao, hiểu biết sai về nhóm thuốc chính điều trị bệnh sẽ có thể dẫn đến tình trạng người dân tự mua kháng sinh về điều trị khi có triệu chứng, dẫn đến tình trạng kháng nhiều loại kháng sinh như hiện nay.

4.2. Thái độ về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Khảo sát thái độ của đối tượng nghiên cứu khi biết mình mắc COPD, kết quả nhóm bệnh nhân quản lý có thái độ tốt với tỷ lệ cao, cai thuốc (98%), tránh bụi hóa chất (97%), 100% tránh lạnh ẩm, đến y tế công và tái khám định kỳ. Nhóm đối tượng không quản lý: tỷ lệ tập thở,vận động và tái khám định kì còn quá thấp, lần lượt là 24% và 21%, có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Thọ (2019) tại xã Kiến Thiết và Kiền Bái, thành phố Hải Phòng: tỷ lệ cai thuốc đạt 90,8%, tránh bụi 72,9% [1].

4.3.Thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Ở nhóm bệnh nhân chưa được quản lý, ngoài việc tuân thủ điều trị kém, việc sử dụng sai cách các dụng cụ cấp thuốc qua đường hít cũng là một điều đáng bàn, nguyên nhân do không được chỉ dẫn bài bản về việc sử dụng thuốc. Mặc dù tỷ lệ sử dụng đúng dụng cụ này ở nhóm bệnh nhân có sổ có cao hơn, tuy nhiên vẫn còn sai nhiều về kỹ thuật sử dụng đúng cách. Điều này khuyến cáo cho nhân viên y tế rằng, ngoài việc tư vấn thông tin, kiến thức về bệnh, cán bộ y tế cần tăng cường hướng dẫn, kiểm tra thường xuyên kĩ thuật dùng thuốc sao cho đúng nhất, đạt được hiệu quả điều trị tối đa [3],[4],[8]. Tỉ lệ kiến thức tốt, thái độ tốt và thực hành tốt ở nhóm BN quản lý cao hơn nhóm BN không quản lý, điều này cho thấy được hiệu quả rõ rệt của việc giáo dục truyền thông, quản lý bệnh nhân ngoại trú. Tuy nhiên, tỉ lệ thực hành tốt ở nhóm bệnh nhân quản lý vẫn còn chưa cao (34%) vì vậy cần tăng cường các hoạt động tư vấn, truyền thông về COPD cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ và thực hành cao hơn ở nhóm đã được quản lý ngoại trú, việc tuân thủ điều trị cũng tốt hơn so với nhóm chưa được quản lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

4. **Nguyễn Đức Thọ (2019).** Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết và Kiến Bái,

thành phố Hải Phòng năm 2014 đến 2016. Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y dược Hải Phòng.

5. **Đinh Ngọc Sỹ (2009).** Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản mạn tính ở Việt Nam. Y học Việt Nam, 2/2010: p. 8-11.
6. **Bosnic-Anticevich S Z et al (2010).** Metered-dose inhaler technique: the effect of two educational interventions delivered in community pharmacy over time. J Asthma, 47(3): p. 251-6.
7. **Crane M A et al (2014).** Inhaler device technique can be improved in older adults through tailored education: findings from a randomised controlled trial. NPJ Prim Care Respir Med, 24: p. 14034.
8. **Murray C J and A D Lopez (1997).** Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349(9064): p. 1498-504.
9. **Global Initiative for Chronic Obstructive Disease (2020).** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
10. **Jose Luis Lopez – Campos, Alberto Fernandez-Villar et al (2015).** Evaluation of the COPD Assessment Test and GOLD patient types: a cross-sectional analysis, International Journal of COPD 2015: 10 975– 984.
11. **Stalia SL Wong, Nurdiana Abdullah, et al (2014),** "Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors", BMC Family Practice. 2014; 15:67.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG VÀ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG SỐNG THÊM BỆNH NHÂN U MÀNG NÃO NỀN SỌ ĐIỀU TRỊ BẰNG DAO GAMMA QUAY

Nguyễn Thanh Hùng[1], Vũ Hồng Thăng[2], Phạm Cẩm Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trên bệnh nhân u màng não nền sọ điều trị bằng dao gamma quay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng theo dõi trên 71 bệnh nhân u màng não nền sọ được xạ phẫu bằng dao Gamma quay tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu – Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 đến 12/2019. **Kết quả**: Tỷ lệ đáp ứng khối u chiếm 26,8% (đáp ứng hoàn toàn: 9,9%; một phần: 16,9%). Kích thước trung bình u trước điều trị là 2,66 cm; sau điều trị 6 tháng là 2,62 cm; sau 12 tháng là 2,33 cm; sau 24 tháng là 2,26 cm; sau 36 tháng là 1,74 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ PFS ở nhóm cải thiện triệu chứng là 91,2% cao hơn nhóm không cải thiện là 71,4%. Tỷ lệ PFS ở nhóm đáp ứng khối u là 100% cao nhóm không đáp ứng (82,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ PFS nhóm liều xạ phẫu < 12Gy là 100%, cao hơn nhóm 12- 14Gy (90,7%) và nhóm > 14Gy (79,2%). Tuy nhiên, các sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận**: Sau xạ phẫu tỷ lệ đáp khối u đạt 26,8%. Tình trạng cải thiện triệu chứng và đáp ứng khối u có ảnh hưởng đến PFS. Liều xạ phẫu không ảnh hưởng đến PFS.

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*

[2]*Trường Đại học Y Hà Nội.*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hùng

Email: hungnguyendrbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020

Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Từ khoá: U màng não nền sọ; Xạ phẫu; Dao gamma quay

SUMMARY

EVALUATE OF RESPONSE FACTORS AFFECTING SURVIVAL IN SKULL BASE MENINGIOMA PATIENTS TREATED WITH ROTATING GAMMA KNIFE

Objectives: Evaluate response and factors affecting survival in skull base meningioma patients treated with rotating gamma knife. **Subjects and methods**: Clinical description without any control group in 71 skull base meningioma patients treated with rotating gamma knife at the Nuclear medicine and oncology center- Bach Mai hospital from January 2014 to December 2019. **Results:** The tumor response rate was 26.8% (complete response: 9.9%; partial response: 16.9%). Mean tumor size before treatment was 2.66 cm. 6 months, 12 months, 24 months, and 36 months after treatment the tumor sizes were 2.62 cm, 2.33 cm, 2.26 cm, and 1.74 cm respectively. The difference was statistically significant. The PFS rate in the symptom improvement group was 91.2% higher than that of the group without improvement with only 71.4%. The rate of PFS in the tumor-responsive group was 100%, higher than that of the non-respondent group (82.7%). The difference was statistically significant. The rate of PFS in the group of radiation dose <12Gy was 100%, higher than the dose group of 12-14Gy (90.7%) and dose group of higher than 14Gy (79.2%). However, the differences were not statistically significant. **Conclusion:** After radiosurgery, the objective response rate was

26.8%. Symptom improvement and tumor response influence on PFS rate. Radiation dose did not significantly affect PFS.

Keywords: Skull base meningioma, Radiosurgery, Rotating gamma knife

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não (UMN) là bệnh lý u não nguyên phát thường gặp của hệ thống thần kinh trung ương xuất phát từ tế bào màng nhện của não. Tại Mỹ, UMN chiếm hơn 37% các khối u nội sọ, số người mắc là 34.210 trường hợp/năm, tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi, và tăng nhanh ở người lớn >65 tuổi và người già [4]. U màng não nền sọ (UMNNS) là hay gặp nhất chiếm khoảng 40% các khối u vùng nền sọ [1]. Hiện nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính với mục đích loại bỏ triệt căn khối u, giảm nhanh chèn ép nội sọ. Tuy nhiên, vùng nền sọ có giải phẫu rất phức tạp, liên quan đến thần kinh, mạch máu, thân não... Vì vậy, UMNNS thường tiên lượng xấu do phẫu thuật gặp nhiều khó khăn, biến chứng thần kinh cao.

Dựa trên nguyên lý hoạt động dao gamma (GK: Gamma knife) cổ điển năm 1968, Hoa Kỳ đã chế tạo ra hệ thống xạ phẫu (XP) bằng dao gamma quay (Rotating Gamma knife: RGK) để điều trị các khối u nội sọ cho kết quả tốt về kiểm soát bệnh và thời gian sống thêm [1]. Ưu điểm của phương pháp này là không xâm lấn, ít biến chứng thần kinh. Theo kết quả của các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ đáp ứng chiếm khoảng 16- 75%, tỷ lệ sống thêm không bệnh (PFS) sau XP UMNNS bằng dao gamma chiếm từ 88-100% [2], [3], [6], [7]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *"Đánh giá đáp ứng và một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không tiến triển trên bệnh nhân u màng não nền sọ điều trị bằng dao gamma quay"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 71 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định UMN nền sọ đường kính ≤ 5cm bào gồm các khối u mới chẩn đoán, u còn lại sau mổ một phần, u tái phát sau mổ dựa vào các tiêu chuẩn trên phim chụp cộng hưởng từ (CHT) sọ não (u ngấm thuốc mạnh đồng nhất, tăng tính hiệu trên T2, giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1, bờ rõ, dấu hiệu đuôi màng cứng…), và/ hoặc kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật có chỉ định XP bằng RGK và được theo dõi đầy đủ tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu (TTYHHN & UB), Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng có theo dõi dọc

Cỡ mẫu:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

α: mức ý ngĩa thống kê = 0,05 (ứng với độ tin cậy là 95%)

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1.96: Giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị α = 0,05.

p: tỷ lệ đáp ứng sau điều trị, lấy từ nghiên cứu trước p=0,75.

Ɛ: độ chính xác tương đối (giá trị này từ 0,01 đến 0,2; chúng tôi lấy giá trị này là 0,15)

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trên chúng tôi tính toán được cỡ mẫu lý thuyết là 57 bệnh nhân. Thực tế thu được 71 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu dựa trên hồ sơ bệnh án. Kết hợp với gọi điện thoại trao đổi trực tiếp với BN và hoặc với người thân.

2.4. Các bước tiến hành:

- Ghi nhận các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng trước XP: Bao gồm: tuổi, giới, chỉ số toàn trạng Karnofsky, tiền sử điều trị, đặc điểm mô học, triệu chứng lâm sàng (đau đầu, nhìn mờ, nôn, động kinh…), đặc điểm hình ảnh CHT (vị trí u, kích thước u, tính chất u…)

- Tiến hành XP theo quy trình thống nhất (cố định khung định vị, chụp CHT sọ não mô phỏng, lập kế hoạch XP, tiến hành XP, và hoàn thành XP)

- Đánh giá đáp ứng khách quan dựa trên tiêu chuẩn RECISST: các thời điểm tái khám và lần theo dõi hình ảnh cuối cùng.

- Đánh giá sống thêm và một số yếu tố ảnh hưởng.

+ Sống thêm bệnh không tiến triển ((Progression free survival: PSF).

+ Một số yếu tố liên quan: Giới, kích thước u, liều xạ phẫu và tình trạng đáp ứng…

2.5. Thiết bị sử dụng: Hệ thống dao gamma của Hoa Kỳ, với hệ thống Collimator quay, hệ thống định vị tự động(hệ thống APS: Automatic Positioning System).Hệ thống máy chụp CHT 1,5T mô phỏng có độ phân giải cao.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu:

- Các thông tin thu thập được mã hóa và xử lý trên phần mềm SPSS 17.0.

- Đánh giá đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn RECIST: tỷ lệ %, mức độ…

- Phân tích thời gian sống thêm dựa theo công thức Kaplan – Meier.

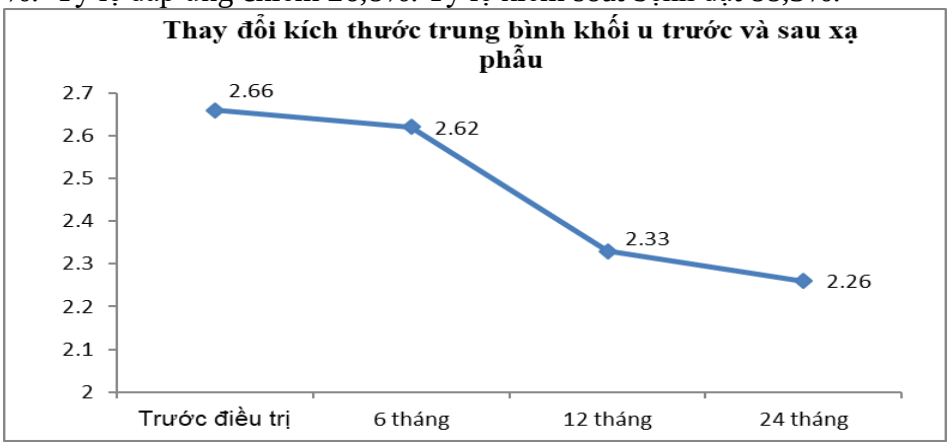
- Kiểm định so sánh: kiểm định Log-rank test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Tỷ lệ đáp ứng khối u sau xạ phẫu

Đáp ứng	Sau điều trị	
	Số BN	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	7	9,9
Một phần	12	16,9
Bệnh ổn định	43	60,5
Tiến triển	9	12,7

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn: 9,9%; một phần: 16,9%; bệnh ổn định: 60,5%; tiến triển: 12,7%. Tỷ lệ đáp ứng chiếm 26,8%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 88,3%.



Biểu đồ 3.1. Thay đổi kích thước u trước và sau điều trị

Nhận xét: Kích thước trung bình (TB) khối u trước điều trị là 2,66 cm; sau điều trị 6 tháng là 2,62cm; sau 12 tháng là 2,33cm; sau 24 tháng là 2,26 cm; sau 36 tháng là 1,74 cm. Sự khác biệt kích thước TB u trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê khi so sánh sau 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng với trước điều trị (p = 0,006; p = 0,026; p = 0,003).

Bảng 3.2. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển toàn bộ

Thời gian	n	Tỷ lệ PFS (%)	p
Trước 12 tháng	70	98,6%	0,524
12-24 tháng	67	94,4%	
24-36 tháng	63	88,8%	
Sau 36 tháng	62	87,3%	

Nhận xét: Tỷ lệ PFS tại thời điểm trước 12 tháng là 98,6%; 12-24 tháng là 94,4%; 24-36 tháng là 88,8%; Sau 36 tháng là 87,3%. Thời gian sống thêm không tiến triển là 60,9 tháng.

Bảng 3.3. Tỷ lệ PFS theo liều xạ phẫu

Liều xạ phẫu	n	PFS (%)	p
< 12Gy	4	100	0,183
12- 14Gy	43	90,7	
> 14Gy	24	79,2	

Nhận xét: Tỷ lệ PFS ở nhóm liều < 12Gy là 100% cao hơn nhóm 12- 14Gy (90,7%) và nhóm > 14Gy (79,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,183).

Bảng 3.4. Tỷ lệ PFS theo tình trạng cải thiện triệu chứng

Tình trạng cải thiện	n	PFS (%)	p
Cải thiện	57	91,2	0,034
Không cải thiện	14	71,4	

Nhận xét: Tỷ lệ PFS ở nhóm cải thiện triệu chứng cơ năng là 91,2% cao hơn nhóm không cải thiện (71,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,034).

Bảng 3.5. Tỷ lệ PFS theo tình trạng đáp ứng khối u

Tình trạng đáp ứng	n	PFS (%)	p
Đáp ứng	19	100	0,032
Không đáp ứng	52	82,7	

Nhận xét: Tỷ lệ PFS ở nhóm đáp ứng khối u là 100% cao hơn nhóm không đáp ứng (82,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,032).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đáp ứng

Chúng tôi tiến hành phân tích đáp ứng khách quan khối u theo tiêu chuẩn RECIST dựa trên kết quả chụp CHT tại các thời điểm theo dõi tái khám và lần theo dõi hình ảnh cuối cùng của các BN cho thấy: tỷ lệ đáp ứng khối u chiếm 26,8%, trong đó u đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 9,9%. Bệnh ổn định chiếm tỷ lệ 60,5%. Bệnh tiến triển chiếm 12,7%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh tổng thể đạt 88,3%. Kích thước TB khối u giảm dần theo thời gian theo dõi 6, 12, 24, và 36 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Theo Andrew Famamand năm 2019 nghiên cứu trên 150 trường hợp UMNNS điều trị bằng GK cho tỷ lệ kiểm soát bệnh là 90%, trong đó có 55% trường hợp u giảm kích thước, bệnh ổn định chiếm 35%, tiến triển khối u chiếm 10% [2]. Một nghiên cứu khác của Tác giả Jung Ho Han báo cáo trên 63 trường hợp UMNNS điều trị bằng GK từ 1998 đến 2002, ở lần theo dõi hình ảnh cuối cùng sau điều trị có đến 44,4% trường hợp kích thước u giảm, 46% u không thay đổi kích thước, và tiến triển khối u chiêm 9,6%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh tổng thể bệnh đạt 90,4%, và theo dõi sau 3 năm tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90,2% [8]. Như vậy, kết quả về đáp ứng khối u và kiểm soát bệnh của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy sau XP các khối u được kiểm soát tốt tại chỗ với tỷ lệ rất cao > 88%.

4.2. Thời gian sống thêm không tiến triển và các yếu tố ảnh hưởng

Mục tiêu của phương pháp XP bằng RGK điều trị các khối UMNNS là ngoài kiểm soát u tại chỗ, giảm tối đa biến chứng thần kinh, cải thiện triệu chứng thì còn giúp kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ PFS sau 1 năm, 2 năm, và 3 năm lần lượt là 94,4%, 88,8%, và 87,3%. Thời gian PFS toàn bộ là 60,9 tháng. Kết quả của chúng tôi gần tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Robert M Starke và cộng sự theo dõi trên 75 trường hợp UMNNS lan rộng điều trị bằng GK, thời gian theo dõi TB là 6,5 năm. Kết quả cho tỷ lệ PFS sau 3 năm là: 90,3% [6].

Trong phân tích đơn biến, tình trạng cải thiện triệu chứng có ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. Tỷ lệ PFS của nhóm cải thiện triệu chứng là 91,2%, của nhóm không cải thiện là 71,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Cũng tương tự, tình trạng đáp ứng khối u có liên quan mật thiết với thời gian sống thêm của BN trong nghiên cứu. Tỷ lệ PFS của nhóm có đáp ứng là 100%, với nhóm không đáp ứng là 82,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các nhóm liều XP. Tỷ lệ PFS ở nhóm liều XP < 12Gy là 100%, nhóm 12- 14Gy (90,7%), và nhóm > 14Gy (79,2%). Các sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

So sánh với kết quả này với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Tác giả Or Cohen-Inbar và cộng sự năm 2018 hồi cứu trên 189 trường hợp UMNNS điều trị bằng GK cho thấy ở nhóm BN điều trị liều XP > 16Gy, cho tỷ lệ PFS sau 2, 4, và 6 năm lần lượt là: 100%, 100%, và 95,7% cao hơn nhóm liều XP < 16Gy với tỷ lệ PFS sau 2, 4, và 6 năm là: 99,4%, 97,7%, và 95,1% tương ứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p= 0,043 [5]. Tác giả Andrew Faramand và cộng sự năm 2018 phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến PFS trên 245 trường hợp UMNNS sọ sau XP bằng GK cho rằng vị trí u, liều XP tại bờ u, kích thước u không liên quan đến PFS tốt hơn hoặc xấu hơn (p = 0,34, p = 0,29, p = 0,64) [3]. Một nghiên cứu khác của Patibandla năm 2017 cho tỷ lệ PFS giữa các nhóm liều XP trên 219 trường hợp UMNNS sau điều trị 2, 4, và 6 năm như sau: nhóm liều > 14Gy: 100%, 95,6%, và 86,3% tương ứng. Nhóm liều 12-

14Gy: 95,2%, 91,1%, và 83,8% tương ứng. Nhóm liều < 12Gy: 100%, 92,6%, và 88,2 tương ứng. Tác giả kết luận không có sự khác biệt về tỷ lệ PFS ở nhóm liều < 12Gy và >14Gy. Về tuổi, tác giả thấy nhóm tuổi > 65 có tỷ lệ PFS thấp hơn nhóm tuổi < 65 (p<0,01) [7].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của tác giả nước ngoài về các yếu tố liên quan đến PFS là khác nhau giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng theo dõi BN và tổng hợp các kết quả của các tác giả chúng tôi thấy một sô điểm chung như: trình trạng cải thiện triệu chứng và đáp ứng khối u, liều XP và kích thước u có vẻ như có liên quan đáng kể đến PFS. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể chưa đủ lớn để khẳng định sự liên quan đều có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 71 BN UMN nền sọ được xạ phẫu bằng dao gamma quay tại TTYHHN & UB, Bệnh viện Bạch Mai cho thấy:

- Tỷ lệ đáp ứng khối u toàn bộ đạt 26,8%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 88,3%. Tỷ lệ PFS sau 1, 2, và 3 năm lần lượt là: 94,4%, 88,8%, và 87,3%.

- Tình trạng cải thiện triệu chứng lâm sàng và đáp ứng khối u có ảnh hưởng đến PFS. Liều xạ phẫu không ảnh hưởng đến PFS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Trọng Khoa và cộng sự, "**Điều trị u não và một số bệnh lý sọ não bằng dao gamma quay", Nhà xuất bản Y học. (2013), tr. 232-241.
2. **Andrew Faramand, Kano H, Niranjan A, et al.,** "Tumor Control and Cranial Nerve Outcomes After Adjuvant Radiosurgery for Low-Grade Skull Base Meningiomas". World Neurosurg. (2019),127: 221- 229.
3. **Andrew Faramand, Hideyuki Kano, Ajay Niranjan, et al.,** "Cranial nerve outcomes after primary stereotactic radiosurgery for symptomatic skull base meningiomas", Journal of neuro-oncology. (2018),139(2), tr. 341-348.
4. **Central Brain Tumor Registry of the United States.,** "Statistical report Primay Brain and Centre Nervous system tumors diagnosed in the United States in 2012-2016". (2019), accessed January 2020.
5. **Or Cohen-Inbar, Athreya Tata và Shayan Moosa, et al.,** "Stereotactic radiosurgery in the treatment of parasellar meningiomas: long-term volumetric evaluation", J Neurosurg. (2018),128, tr. 362-372.
6. **Robert. M. Starke, et al.,** "Gamma Knife radiosurgery of large skull base meningiomas", J Neurosurg. (2015), 122(2), tr. 363-372.
7. **Mohana Rao Patibandla, Cheng-chia Lee và Jason Sheehan.,** "Stereotactic radiosurgery of central skull base meningiomas—volumetric evaluation and long-term outcomes", World Neurosurgery. (2017),108, tr. 176-184.
8. **Han J.H., Kim D.G., Chung H.T et al.,** Gamma knife radiosurgery for skull base meningiomas: long-term radiologic and clinical outcome. Int J Radiat Oncol Biol Phys. (2008),72(5), 1324-1

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHUYỂN PHÔI GIAI ĐOẠN PHÂN CHIA VÀ PHÔI NANG TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2019-2020

Hoàng Ngọc Anh*, Nguyễn Văn Hương*, Nguyễn Thị Hồng*, Hồ Thị Huyền Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả nuôi cấy phôi và so sánh được hiệu quả chuyển phôi nang và phôi giai đoạn phân chia trong thụ tinh ống nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi mô tả cắt ngang 307 cặp vợ chồng có hồ sơ y tế điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) tại Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản – Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 04/2020. Đối tượng nghiên cứu được chia thành hai nhóm: Nhóm (A) nuôi phôi giai đoạn phân chia (phôi ngày 3) với 227 bệnh nhân. Nhóm (B) nuôi phôi giai đoạn phôi nang (phôi ngày 5) với 80 bệnh nhân. Thực hiện chuyển phôi chia thành hai nhóm: thực hiện 294 chu kỳ chuyển phôi ngày 3 (nhóm 1) và 71 chu kỳ chuyển phôi ngày 5 (nhóm 2). **Kết quả:** Số noãn trưởng thành thu được, tỷ lệ tạo phôi ngày 3, số phôi hữu dụng trung bình ngày 3 của các chu kỳ nuôi cấy phôi ngày 5 lần lượt là 19,71 ± 5,95; 64,56%; 12,78 ± 3,85 cao hơn so với các chu kỳ chỉ nuôi cấy phôi ngày 3 tương ứng là 10,55 ± 5,33; 47,23%; 4,96 ± 3,07 (với p < 0,05). Trung bình số phôi nang đạt 4,31 ± 2,33. Tỷ lệ phát triển thành phôi nang hữu dụng là 63,30%. Tỷ lệ có thai và thai lâm sàng ở nhóm chuyển phôi ngày 5 là 67.61% và 59.15% cao hơn so với nhóm chuyển phôi ngày 3 là 52.04% và 46.94% (p < 0,05). **Kết luận:** Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ thai diễn tiến ở nhóm chuyển phôi ngày 5 cao hơn đáng kể so với nhóm chuyển phôi ngày 3. Thai sinh hóa, sẩy thai và thai ngoài tử cung ở nhóm chuyển phôi ngày 5 và nhóm chuyển phôi ngày 3 là tương đương nhau.

Từ Khóa: Hiệu quả tạo phôi nang, nghiên cứu nuôi cấy phôi nang, chuyển phôi nang, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS OF BLASTOCYST STAGE TRANSFER VERSUS CLEAVAGE STAGE EMBRYO TRANSFER AT IVF CENTER OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To compare the effect of blastocyst culture to that of cleavage-embryo culture and transfer in human in vitro fertilization (IVF). **Subjects and Methods:** We used the follow-up cross-sectional descriptive study to analyse 307 IVF cycles at Nghe An General Friendship Hospital from January 2019 to April 2020, including 227 patients with cleavage-embryo culture (group A) and 80 patients with blastocyst culture cycles (group B). Then embryo transfers was performed in 294 cleavage-embryo culture cycles (group I) and in 71 blastocyst culture cycles (group II). **Results:** The average number of retrieved oocytes, rate of day 3

**Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản – Bệnh viện Hữu Nghị đa Khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Anh
Email: anhbs0106@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

embryos and day 3 good quality embryos in the blastocyst culture cycles (19,71 ± 5,95, 64,56%, 12,78 ± 3,85) were higher than on day 3 culture cycles (10,55 ± 5,33, 47,23%, 4,96 ± 3,07) ($p < 0,05$). The average number of blastocyst was 4,31 ± 2,33, blastocyst formation rates is 63,3%. The study showed that pregnancy rates and clinical pregnancy of the blastocyst culture group (67,61%; 59,15%) were higher than those of the day 3 culture group (52,04% and 46,94%) ($p < 0,05$). **Conclusions**: The pregnancy rates, clinical pregnancy rates, implantation rates, progressive pregnancy rates of the blastocyst transfer group were better than those in cleavage embryo transfer. The biochemical pregnancy rates, abortion rates, ectopic pregnancy rates in the blastocyst embryo transfer and clavege embryo transfer is the same.

Key Words: Blastocyst formation, blastocyst culture, blastocyst-stage ET, in vitro fertilization (IVF).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của thụ tinh trong ống nghiệm (IVF - in vitro fertilization) đã trải qua hơn 40 năm - kể từ khi em bé đầu tiên ra đời bằng kết quả của IVF (1978, Louise Brown). Đến nay, sự phát triển của thụ tinh trong ống nghiệm đã nhân rộng ở nhiều nước trên thế giới và ngày càng có nhiều em bé được sinh ra từ kỹ thuật này.

Ngày nay, các Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản vẫn đồng thời chuyển phôi ngày 3 và ngày 5. Phôi ngày 3 gọi là phôi giai đoạn phân chia, phôi ngày 5 hoặc ngày 6 gọi là phôi nang. Nuôi cấy phôi dài ngày (nuôi đến giai đoạn phôi nang) mục đích sử dụng môi trường nuôi cấy để chọn lọc những phôi có khả năng làm tổ và phát triển tốt hơn vì chỉ có khoảng 60% phôi ngày 3 tiếp tục phát triển đến phôi ngày 5 [1].

Chuyển phôi ngày 5 là một trong những hướng điều trị thụ tinh ống nghiệm mang lại hiệu quả cao. Nhiều trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm trong cả nước và trên thế giới đang đẩy mạnh việc nuôi cấy phôi đến ngày 5, ngày 6 với mục đích lựa chọn được những phôi có tiềm năng phát triển và làm tổ cao hơn, bên cạnh đó sẽ có xu hướng giảm dần số lượng phôi chuyển để hạn chế tỷ lệ đa thai, giúp bệnh nhân có một thai kỳ an toàn và kết cục điều trị tốt hơn [1]. Tại trung tâm Hỗ trợ Sinh sản - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, kỹ thuật nuôi cấy phôi ngày 5 đã được bắt đầu triển khai từ đầu năm 2019 và nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả nuôi cấy phôi ngày 5 và kết quả thụ tinh trong ống nghiệm với chuyển phôi ngày 3 và ngày 5.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 307 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản – Bệnh viện Hữu Nghị đa Khoa Nghệ An từ tháng 01/2019 đến tháng 04/2020 với 227 bệnh nhân nuôi cấy phôi ngày 3 và 80 bệnh nhân nuôi cấy phôi ngày 5. Thực hiện chuyển phôi ngày 3 với 294 chu kỳ và 71 chu kỳ chuyển phôi ngày 5.

Đối tượng nghiên cứu < 38 tuổi, không có tiền sử chuyển phôi thất bại > 2 lần.

2.2. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được lựa chọn nghiên cứu, điều trị kích thích buồng trứng bằng phác đồ Antagonist từ ngày 2 hoặc ngày 3 chu kỳ kinh (trung bình thời gian tiêm thuốc là 9 - 11 ngày).

- Khi có ít nhất 3 nang trứng đạt kích thước ≥ 17 mm sẽ được tiêm trưởng thành noãn và tiến hành chọc hút trứng sau 36 giờ.

- Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn được thực hiện sau chọc hút trứng 2 giờ.

- Nuôi cấy phôi đến ngày 3, ngày 5 và phôi được trữ lạnh ngày 3 hoặc ngày 5.

- Tiến hành chuyển phôi trữ lạnh ngày 3 hoặc ngày 5 vào các chu kỳ sau đó.

- Thử thai sau 14 ngày chuyển phôi, được gọi là có thai khi β-hCG > 25IU/l, thai lâm sàng được ghi nhận khi xác định được hình ảnh túi thai và đo được tim thai vào khoảng 3 tuần sau khi có xét nghiệm β-hCG dương tính.

2.3. Phương pháp nghiên cứu và xử lý số liệu

- Sử dụng phương pháp phân tích mô tả cắt ngang có theo dõi 307 bệnh nhân vào điều trị thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích T- test và Chi-squared.

- Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

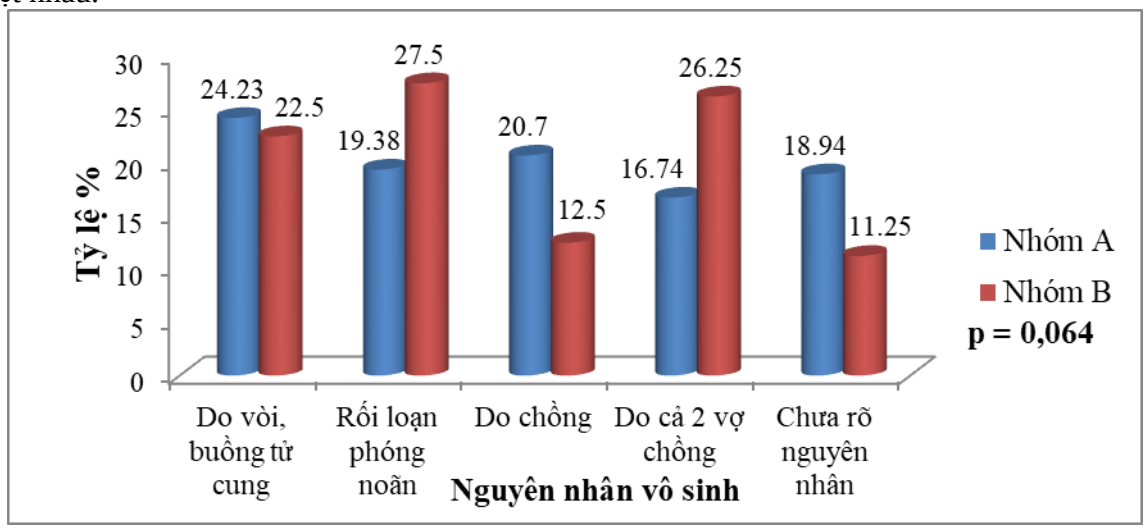
- Nhóm A (227 bệnh nhân): Gồm những bệnh nhân chỉ nuôi cấy phôi đến ngày 3, sau đó trữ lạnh phôi.

- Nhóm B (80 bệnh nhân): Gồm những bệnh nhân nuôi cấy phôi đến ngày 5 (hoặc ngày 6), sau đó trữ lạnh phôi.

Bảng 3.1. Trung bình tuổi vợ và số năm vô sinh của 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Nhóm A (n = 227)	**Nhóm B (n = 80)**	**p**
Tuổi trung bình	30,62 ± 4,16 (26 – 35)	29,76 ± 4,34 (24 – 32)	0,13
Số năm vô sinh trung bình	4,87 ± 3,36 (1,5 – 8)	4,20 ± 3,05 (1– 7)	0,10

Tuổi trung bình và thời gian vô sinh trung bình giữa hai nhóm là không có sự khác biệt nhau.



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân vô sinh của 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Vô sinh do vòi tử cung, buồng tử cung ở nhóm A chiếm tỷ lệ cao nhất (24,23%) và nhóm B vô sinh do rối loạn phóng noãn chiếm tỷ lệ cao nhất (27,5%).

Bảng 3.2. Số noãn trưởng thành và tỷ lệ tạo phôi ngày 3 của 2 nhóm nghiên cứu

	Nhóm A (n = 227)	**Nhóm B (n = 80)**	**p**
Số noãn trưởng thành thu được	2386	1583	
Trung bình số noãn trưởng thành	10,55 ± 5,33 (5 – 16)	19,71 ± 5,92 (14 – 26)	**0,001**
Số phôi ngày 3 hữu dụng	1127	1022	
Tỷ lệ tạo phôi ngày 3	47,23%	64,56%	**0,016**
Trung bình số phôi hữu dụng ngày 3	4,96 ± 3,07 (2 – 8)	12,78 ± 3,85 (9 – 17)	**0,001**

Số noãn trưởng thành trung bình thu được, tỷ lệ tạo phôi ngày 3, trung bình số phôi hữu dụng ngày 3 ở nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa thống kê.

3.2. Hiệu quả tạo phôi nang hữu dụng

Bảng 3.3. Số lượng và tỷ lệ tạo phôi nang hữu dụng

	Số lượng/tỷ lệ
Số bệnh nhân	80
Số phôi nuôi ngày 5	545
Phôi nang hữu dụng	345 **(63,30%)**
Trung bình số phôi nang hữu dụng/ 1 bệnh nhân	4,31 ± 2,33 (2 – 7)

Trung bình số phôi nang hữu dụng/1 bệnh nhân là 4,23 ± 2,33. Tỷ lệ tạo phôi nang hữu dụng là 63,30%.

3.3. Đánh giá kết quả chuyển phôi nang và phôi giai đoạn phân chia

Trong nghiên cứu chúng tôi đã tiến hành 294 chu kỳ chuyển phôi trữ lạnh ngày 3 (nhóm 1) và 71 chu kỳ chuyển phôi trữ lạnh ngày 5 hoặc ngày 6 (nhóm 2).

Bảng 3.4. Trung bình số phôi chuyển và độ dày NMTC của 2 nhóm nghiên cứu

	Nhóm 1 (n = 294)	**Nhóm 2 (n = 71)**	**p**
Trung bình số phôi chuyển	2,27 ± 0,55 (1,7 – 3)	1,67 ± 0,50 (1,2 – 2)	**0,01**
Trung bình độ dày NMTC (mm)	10,72 ± 1,65 (9,0 – 12,4)	10,31 ± 1,75 (8,6 – 12,0)	0,082

Số phôi chuyển trung bình ở nhóm chuyển phôi ngày 5 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với số phôi chuyển trung bình ngày 3. Độ dày niêm mạc tử cung giữa hai nhóm chuyển phôi là tương đương nhau.

Bảng 3.5. Kết quả thai của hai nhóm nghiên cứu

Kết quả	**Nhóm 1 (n = 294)**		**Nhóm 2 (n = 71)**		**p**
	Số lượng	**Tỷ lệ**	**Số lượng**	**Tỷ lệ**	
Có thai	153	52,04%	48	67,61%	**0,018**
Thai lâm sàng	138	46,94%	42	59,15%	0,068

Thai sinh hóa	18	6,1%	7	10%	0,25
Thai làm tổ	172	25,75%	59	49,58%	**0,001**
Tỷ lệ đa thai	33	11,22%	17	23,94%	**0,005**
Thai diễn tiến	126	42,86%	41	57,75%	**0,025**
Thai ngoài tử cung	7	2,4%	1	1,4%	0,62
Sẩy thai	9	3,1%	1	1,4%	0,34

Tỷ lệ có thai, thai làm tổ, thai diễn tiến, đa thai cao hơn có ý nghĩa ở nhóm chuyển phôi ngày 5 so với chuyển phôi ngày 3. Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm chuyển phôi ngày 5 cao hơn so với chuyển phôi ngày 3, với p > 0,05. Thai sinh hóa, thai ngoài tử cung, sẩy thai ở hai nhóm chuyển phôi là tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả nuôi cấy phôi nang

Tỷ lệ tạo phôi ngày 5 từ phôi ngày 3 trong nghiên cứu này là 63,30%, tương đương kết quả một số trung tâm hỗ trợ sinh sản: IVF Vinmec là 67,39% và 68,12% (tháng 8 và 9/2019) [2], IVF Mỹ Đức – Bệnh viện Mỹ Đức (tháng 7/2015 – 4/2016) trên 200 bệnh nhân được nuôi cấy phôi trong 2 môi trường đơn bước và chuyển tiếp cho kết quả tỷ lệ tạo phôi ngày 5 lần lượt là 57% và 60% [3]. Tỷ lệ này cao hơn so với số liệu thống kê tại Trung tâm Nội tiết Sinh sản và vô sinh – Bệnh viện Đại học Y dược Huế (2014 - 2015) tỷ lệ phát triển thành phôi nang là 51,2% [4]. Theo Langley (2014) tỷ lệ tạo phôi ngày 5 từ phôi ngày 3 ở phụ nữ < 35 tuổi tăng dần theo các năm từ 1998 đến 2013 từ 52,5% đến 66,9% [5].

Tỷ lệ không có phôi ngày 5 (toàn bộ phôi dừng phát triển ở ngày 3 hoặc ngày 4) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu như của Chang và cộng sự (2010) là 2,04% [6], của Lê Minh Tâm và cộng sự (2015) là 0% [4] và thấp hơn so với nghiên cứu của Glujovsky và cộng sự (2012) là 8,9% [7].

4.2. Kết quả thụ tinh ống nghiệm với chuyển phôi ngày 3 và phôi ngày 5

Tỷ lệ có thai, thai lâm sàng của chuyển phôi ngày 5 là 67,61%; 59,15% và phôi ngày 3 là 52,04%; 46,94%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Minh Tâm (2015) ở nhóm chuyển phôi ngày 5 là 52,00%; 44,00% [4], Bungum (2003) ở nhóm chuyển phôi ngày 5 là 67,20% và 52,50% [8]. Tỷ lệ làm tổ, thai diễn tiến với chuyển phôi ngày 5 là 49,58%; 57,75% cao hơn so với chuyển phôi ngày 3 là 25,75%; 42,86% với p <0,05.

Tỷ lệ đa thai giữa hai nhóm phôi ngày 5 và ngày 3 trong nghiên cứu lần lượt là 23,94%; 11,22% mặc dù trung bình số phôi chuyển cao hơn ở phôi ngày 3, với p < 0,05. Trong nghiên cứu của Lê Minh Tâm (2015) tỷ lệ này là 18,2% và 20,0%. Nghiên cứu của Gardner và cộng sự (1999) cho thấy chuyển phôi nang có tỷ lệ song thai cao (53%) bất kể chuyển có 2 phôi [9].

Tỷ lệ sẩy thai, thai ngoài tử cung trong nghiên cứu này giữa hai nhóm chuyển phôi ngày 5 và ngày 3 là tương đương nhau lần lượt là 1,4%; 1,4% và 3,1%; 2,4% (p > 0,05).

Như vậy, nuôi cấy phôi nang đã giúp chúng tôi tăng khả năng lựa chọn được các

phôi tốt từ ngày 3, có khả năng phát triển thành phôi nang tốt để chuyển phôi. Hơn nữa, chuyển phôi ngày 5 phù hợp với sinh lý hơn, thời gian chuyển phôi tương đương với thời điểm làm tổ tự nhiên của phôi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tạo phôi ngày 5 từ phôi ngày 3 hữu dụng là 63,30% và số phôi ngày 5 trung bình là 4,31 ± 2,33/1 bệnh nhân. Tỷ lệ có thai, tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến ở nhóm chuyển phôi ngày 5 là 67,61%; 49,58%; 59,15%; 57,75% cao hơn so với nhóm chuyển phôi ngày 3 tương ứng là 52,04%; 25,75%; 46,94%; 42,86% (với $p < 0,05$). Tỷ lệ thai sinh hóa, sẩy thai và thai ngoài tử cung nhóm chuyển phôi ngày 5 và ngày 3 là tương đương nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tường, H.M., Đ.Q. Vinh, and V.T.N. Lan,** Thụ tinh trong ống nghiệm. 2020, Nhà xuất bản Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Lan, L.T.P.,** Cần thiết xây dựng các chỉ số chất lượng đánh giá chất lượng một trung tâm hỗ trợ sinh sản. Hội nghị IVF Vietnam Summit, 2019.
3. **Võ, N.T., et al.,** So sánh hiệu quả tạo phôi nang giữa hai loại môi trường nuôi cấy đơn bước và nuôi cấy chuyển tiếp. Tạp chí Phụ sản, 2017. **14**(4): p. 81-86.
4. **Lê, M.T., T.T.T. Nguyễn, and N.T. Cao,** Nghiên cứu hiệu quả nuôi cấy phôi nang trong thụ tinh ống nghiệm. Tạp chí Phụ sản, 2015. **13**(1): p. 54 - 58.
5. **M, L. and D. K,** Blastocyst formation: 16 years review of IVF and ICSI cycles. Fertil Steril, 2014. **102**(3): p. 625.
6. **Chang, W., et al.,** Day 3 Versus Day 5 Embryo Transfer in Women of Advanced Maternal Age. Fertility and Sterility - FERT STERIL, 2010. **93**.
7. **Glujovsky, D., et al.,** Cleavage stage versus blastocyst stage embryo transfer in assisted reproductive technology. Cochrane Database Syst Rev, 2016(6): p. Cd002118.
8. **Bungum, M., et al.,** Day 3 versus day 5 embryo transfer: a prospective randomized study. Reprod Biomed Online, 2003. **7**(1): p. 98-104.
9. **Gardner, D.K. and W.B. Schoolcraft**, Culture and transfer of human blastocysts. Curr Opin Obstet Gynecol, 1999. **11**(3): p. 307-11.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỆN MÃNG CHÂM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CÂP

Trần Văn Thanh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điện mãng châm phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp.**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh trước sau điều trị, liệu trình 30 lần điều trị. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu kết quả tốt, dịch chuyển 3 độ liệt, mức tăng thang điểm Orgogozo và Barthel cao hơn nhóm chứng (p<0,05). Sau điều trị biên độ và chỉ số % tăng ở sóng alpha, giảm ở sóng theta và delta trên điện não đồ (p<0,05). Tần số và biên độ các đơn vị vận động trên điện cơ đồ tăng lên so với trước điều trị (p<0,01). **Kết luận:** Phục hồi chức năng vận động bệnh nhân liệt nửa người sau nhồi máu não bằng điện mãng châm có kết quả tốt hơn điện châm.

Từ khóa: Nhồi máu não, liệt nửa người, điện mãng châm, điện não, điện cơ.

SUMMARY

STUDY ON EFFICIENCY OF BOA-ELECTRIC ACUPUNCTURE FOR MOTOR REHABILITATION IN HEMIPLEGIA PATIENTS DUE TO POST-ACUTE ISCHEMIC STROKE

Objectives: Evaluate the effect of Boa-electric acupuncture for motor rehabilitation of ischaemic stroke patients with after an acute period. **Subjects and Methods:** clinical trial comparison between two groups, before and after 30 times of treatment. **Results:** study group has good results, improvement of 3 degrees of paralysis; improvement on Orgogozo Barthel is better than control group (p< 0.05); the amplitude and % index of alpha wave are increased; theta and delta waves on EEG are decreased (p <0.05). The frequency and amplitude of motor units on EMG are increased in comaprison with those to before treatment (p <0.01). **Conclusions:** Motor rehabilitation in hemiplegia patients after ischaemic stroke by Boa-electric acupuncture achieves better results than thóe with electroacupuncture treatment.

Keywords: Ischaemic stroke, hemiplegia, Boa-electric acupuncture, EEG, EMG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong dự phòng nhưng đột quỵ não (trong đó nhồi máu não chiếm 80-85%) vẫn được dự báo ngày càng gia tăng, vào năm 2030 ở Hoa Kỳ có 3,88% dân số trên 18 tuổi bị đột quỵ và ở Việt nam tăng 1,85 lần so với năm 2010 [2],[6]. Ngày nay, đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị trong giai đoạn cấp nhưng đột quỵ não là nguyên nhân đứng hàng thứ hai trên toàn cầu và đứng hàng đầu ở Việt Nam gây gánh nặng bệnh tật [5].

Phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người sau nhồi máu não bằng y học cổ truyền có nhiều phương pháp trong đó điện mãng châm đã được áp dụng nhiều

[1]*Bệnh viện Châm cứu Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thanh
Email: drtranvanthanh64@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

năm qua cho kết quả tích cực. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động trên lâm sàng dựa vào các thang điểm đánh giá về sức cơ, mức độ liệt, mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày…Nhưng để đánh giá khách quan mức độ hồi phục chức năng vận động còn thông qua các biến đổi điện não và điện cơ. Hình ảnh điện não ghi được phản ánh chức năng của một vùng bán cầu hoặc toàn bộ não liên quan đến các triệu chứng lâm sàng, bổ sung cho chẩn đoán và theo dõi diễn biến bệnh. Điện cơ giúp chẩn đoán và đánh giá tổn thương của cơ và thần kinh ngoại biên. Trong bệnh lý thần kinh trung ương, điện cơ để đánh giá khách quan sự phục hồi vận động thông qua tần số và biên độ điện thế các đơn vị vận động, giúp lượng giá một phần kết quả phục hồi chức năng vận động sau nhồi máu não. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá tác dụng điện mãng châm phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 180 bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp, điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương. Các bệnh nhân đã được điều trị giai đoạn cấp ở các cơ sở chuyên khoa ổn định các rối loạn tim mạch, hô hấp, thần kinh…không phân biệt tuổi, giới tính, nghề nghiệp.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não trên lâm sàng (có liệt nửa người) và cận lâm sàng (chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não).

Bệnh nhân được khám theo y học cổ truyền thông qua bát cương, tứ chẩn thuộc chứng Trúng phong còn để lại chứng Bán thân bất toại.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân chảy máu não, bệnh nhân có bệnh lý ở tim, bệnh phổi mạn tính, bệnh khớp, bệnh lý về máu, sau mổ, sau đẻ, phụ nữ có thai.

- Bệnh nhân NMN có kèm theo các bệnh: lao, rối loạn tâm thần, HIV/AIDS.

- Những bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu, không tham gia đủ thời gian điều trị, bệnh nhân đang điều trị có triệu chứng nặng dần lên, đe dọa tính mạng.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

2.2.1. Điện mãng châm

- Kim châm cứu: Các loại kim châm cứu bằng thép không gỉ do Việt Nam sản xuất, có độ dài từ 10cm đến 25 cm, đường kính từ 0,2 đến 0,5 mm.

- Bông cồn vô trùng, kẹp không mấu, khay chữ nhật.

- Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất.

2.2.2. Máy ghi điện não

Điện não đồ được ghi bằng máy EEG-2110 của hãng Nihon Koden (Nhật bản), tại phòng điện cơ của Bệnh viện Châm cứu Trung ương**.**

2.2.3. Máy ghi điện cơ

Điện cơ đồ được ghi bằng máy Medelec-Synergy, tại phòng điện cơ của Bệnh viện Châm cứu Trung ương**.**

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. 180 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: 90 bệnh nhân được điều trị bằng điện mãng châm

- Nhóm chứng: 90 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm

2.3.1. Phương pháp điều trị

Bảng 2.1: Phác đồ huyệt điều trị [1]

Vị trí	Công thức huyệt			
	Tên huyệt	**Ký hiệu**	**Tên huyệt**	**Ký hiệu**
Đầu	- Đầu duy - Suất cốc	S8 G8	- Thái dương - Đồng tử liêu	TD G1
Liệt mặt	- Quyền liêu - Hạ quan	SI18 S7	- Địa thương - Giáp xa	S4 S6
Liệt chi trên	- Giáp tích cổ - Kiên ngung - Tý nhu - Khúc trì	C4 – C7 LI15 LI14 LI11	- Chi câu - Hợp cốc - Lao cung - Bát tà	T5 LI4 P5
Liệt chi dưới	- Giáp tích lưng - Trật biên - Hoàn khiêu - Dương lăng tuyền	L1 – L4 B54 G30 G34	- Huyền chung - Giải khê - Khâu khư - Thái xung - Địa ngũ hội	G39 S41 G40 L3 G43

*Kỹ thuật châm: Châm theo các huyệt đạo sau: S8 → G8, SL18→S7, S4→S6, C4→C7, LI15→LI14, LI11→T5, LI4→P5, L1→L4, B54→G30, G34→G39, S41→G40

*Kích thích xung điện: Kích thích bằng máy điện châm M8; cường độ 80 μA; tần số tả 4-5Hz, tần số bổ 2-3 Hz; thời gian kích thích 30 phút/lần/ngày.

*Thời gian điều trị: 30 ngày

2.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu được đánh giá tại 2 thời điểm: khi vào viện và sau 30 lần điều trị.

*Kết quả điều trị chung: Tốt, khá, trung bình, kém

*Độ liệt: chia thành 5 mức độ: nhẹ, vừa, nặng, rất nặng, liệt hoàn toàn

*Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel

*Đánh giá chức năng thần kinh theo thang điểm Orgogozo

*Điện não đồ: Điện cực được mắc theo sơ đồ Jasper và ghi theo đạo trình chuẩn, đánh giá qua các thông số: tần số, biên độ, chỉ số (%) của các sóng alpha, beta, song chậm theta và delta. Các chỉ số thu được bằng phần mềm phân tích của máy điện não, sử dụng bảng phân loại mức độ điện não của Niebling.

*Điện cơ đồ: được ghi trên 6 cơ.

- Chi trên: cơ nhị đầu cánh tay, cơ ngửa dài, cơ ô mô cái

- Chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ chày trước, cơ sinh đôi

Mỗi cơ được đánh giá 2 chỉ số: tần số trong 100ms và biên độ tính bằng microVol (μV) của đơn vị vận động

2.3.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đánh giá lâm sàng

Bảng 3.2. So sánh kết quả điều trị chung hai nhóm

Nhóm / Kết quả	Điện mãng châm		Điện châm		p
	n	%	n	%	
Tốt	34	37,78	16	17,78	< 0,05
Khá	41	45,56	48	53,33	
Trung bình	13	14,44	24	26,67	
Kém	2	2,22	2	2,22	
Tổng số	**90**	**100**	**90**	**100**	

Nhận xét: Sau điều trị, kết quả điều trị tốt và khá ở nhóm điện mãng châm cao hơn nhóm điện châm với p<0,05.

Bảng 3.3. So sánh kết quả dịch chuyển độ liệt hai nhóm

Nhóm / Chuyển độ	Điện mãng châm		Điện châm		P
	n	%	n	%	
Không chuyển	1	1,11	2	2,22	< 0,05
Chuyển 1 độ	13	14,44	24	26,67	
Chuyển 2 độ	41	45,56	48	53,33	
Chuyển 3 độ	33	36,67	16	17,78	
Chuyển 4 độ	1	1,11	0	0	
Tổng số	**90**	**100**	**90**	**100**	

Nhận xét: Sau điều trị, dịch chuyển trên 2 độ liệt ở nhóm điện mãng châm cao hơn nhóm điện châm với p<0,05.

Bảng 3.4. So sánh điểm Orgogozo và Barthel sau điều trị hai nhóm

Nhóm / Chỉ số	Điện mãng châm	Điện châm	p
Orgogozo	74,00 ± 14,93	63,33 ± 13,15	< 0,05
Barthel	77,39 ± 14,11	68,44 ± 12,87	< 0,05

Nhận xét: Sau điều trị, điểm trung bình Orgogozo và Barthel ở nhóm điện mãng châm cao hơn nhóm điện châm với p<0,05.

3.1. Biến đổi điện não đồ

Bảng 3.5. Thay đổi các sóng điện não trước và sau điều trị

Thời điểm / Tên sóng		Trước điều trị $\overline{X} \pm SD$	Sau điều trị $\overline{X} \pm SD$	p
Alpha	Tần số (Hz)	10,16 ± 0,59	10,43 ± 0,43	p > 0,05
	Biên độ (μV)	35,16 ± 9,73	54,45 ± 11,24	p < 0,05

	Chỉ số (%)	33,12 ± 9,34	60,32 ±15,67	p < 0,05
Beta	Tần số (Hz)	17,64± 2,78	17,78 ± 3,32	p > 0,05
	Biên độ (µV)	14,23 ± 6,98	14,2 ± 5,74	p > 0,05
	Chỉ số (%)	22,37 ± 12,68	21,78 ± 12,06	p > 0,05
Theta	Tần số (Hz)	5,21 ± 0,83	5,78 ± 1,21	p > 0,05
	Biên độ (µV)	20,55 ± 5,32	9,23 ± 3,56	p < 0,05
	Chỉ số (%)	24,21 ± 6,43	8,54 ± 3,98	p < 0,05
Delta	Tần số (Hz)	2,23 ± 0,73	3,56 ± 0,52	p < 0,05
	Biên độ (µV)	11,21 ± 5,89	4,78 ± 2,78	p < 0,05
	Chỉ số (%)	31,54 ± 16,89	9,23 ± 12,78	p < 0,05

Nhận xét: Sau điều trị, sóng cơ bản alpha có biên độ và chỉ số (%) dần trở về bình thường, sóng chậm theta và delta có biên độ và chỉ số (%) giảm.

Bảng 3.6. Biến đổi các mức độ điện não trước và sau điều trị

Thời điểm / Điện não	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Mức độ I	0	0	19	21,11	
Mức độ II	1	1,11	46	51,11	P < 0,05
Mức độ III	10	11,11	22	24,14	P < 0,05
Mức độ IV	36	40,0	3	3,33	P < 0,05
Mức độ V	41	45,56	0	0	
Mức độ VI	2	2,22	0	0	
Tổng	**90**	**100**	**90**	**100**	

Nhận xét: sau điều trị, điện não được cải thiện mức độ nặng giảm về mức độ nhẹ, không còn trường hợp mức độ nặng.

3.2. Biến đổi điện cơ đồ

Bảng 3.7. Thay đổi tần số (MUP) đơn vị vận động của các cơ trước và sau điều trị

Thời điểm / Cơ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Nhị đầu	11,47±2,09	20,58±2,02	< 0,05
Ngửa dài	11,78±1,69	20,84±2,02	< 0,05
Ô mô cái	6,59±1,36	13,86±1,71	< 0,05
Tứ đầu đùi	9,19±1,39	20,89±1,79	< 0,05
Chày trước	10,52±2,01	19,52±1,66	< 0,05
Sinh đôi	11,53±1,96	20,46±1,76	< 0,05

Nhận xét: tần số đơn vị vận động sau điều trị tăng hơn trước điều trị (p<0,05)

Bảng 3.8. Thay đổi biên độ (μV) đơn vị vận động của các cơ trước và sau điều trị

Thời điểm / Cơ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Nhị đầu	671,42±100,98	1671,42±100.98	< 0,01
Ngửa dài	524,19±43,11	1543,49±81,18	< 0,01
Ô mô cái	458,04±604,36	813,89±280,48	< 0,05
Tứ đầu đùi	957,68±91,55	2191,92±265,87	< 0,01
Chày trước	737,64±95,78	1760,26±201,64	< 0,01
Sinh đôi	831,97±60,81	1879,69±179,51	< 0,01

Nhận xét: biên độ đơn vị vận động sau điều trị tăng hơn trước điều trị (p<0,05)

IV. BÀN LUẬN

Điện mãng châm là dùng kim to, kim dài châm xuyên huyệt nhằm tăng cường mạnh hơn, nhanh hơn sự thông kinh lạc làm tuần hoàn khí huyết tốt hơn, giúp cho việc phục hồi, hoạt động thần kinh cơ nhanh hơn. Kỹ thuật này làm cho kích thích được nhiều nhóm cơ cùng một lúc kể cả nhóm cơ ở sâu. Mỗi huyệt đạo có hướng châm, độ nông sâu khác nhau theo trên nguyên tắc bổ tả thích hợp.

Sau điều trị nhóm điện mãng châm có kết quả tốt và khá (83,34%) cao hơn nhóm điện châm. Ở nhóm điện mãng châm, số bệnh nhân chuyển 2 độ liệt (82,23%), chuyển 3 độ liệt (36,67%) cao hơn nhóm điện châm (71,11%) và (17,78%) với p < 0,05. So sánh mức tăng điểm trung bình Orgogozo và điểm trung bình Barthel cho thấy ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng điện mãng châm tăng rõ (p<0,05) so với mức tăng các điểm này ở nhóm điện châm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các sóng điện não sau điều trị có sự cải thiện hơn so với trước điều trị. Các sóng alpha có biên độ và chỉ số % tăng hơn, các sóng theta và delta có biên độ và chỉ số giảm hơn. Các chỉ số này còn thấy cải thiệ tốt hơn ở bán cầu đối bên. Mức độ điện não sau điều trị cũng có thay đổi rõ rệt. Trước điều trị, không có bệnh nhân có điện não ở mức độ I, rất ít bệnh nhân mức độ II (1,11%) và hơn 80% mức độ IV, V; nhưng sau điều trị, mức độ I tăng lên 21,11% và không còn bệnh nhân ở mức độ IV, V.

Điện châm cho bệnh nhân liệt nửa người sau nhồi máu não cải thiện chức năng và tăng hoạt hóa của vùng vỏ não vận động ở bán cầu tổn thương, thay đổi biên độ điện thế gợi vận động vùng vỏ não vận động, tác động vào tính mềm dẻo thần kinh vùng vận động thông qua tăng cường hoạt động synap thần kinh, đồng thời làm giảm mức độ kích thích của bên đối lập. Điện châm cũng làm tăng kết nối chức năng vùng não bị tổn thương với các thùy não xung quanh [4],[7],[8]. Một nghiên cứu gộp trên thực nghiệm tổng hợp đã đưa ra giả thuyết có thể có 5 cơ chế tác dụng của điện châm trong đột quỵ NMN: tăng sinh tế bào thần kinh trung ương, tăng lưu lượng tuần hoàn trong khu vực thiếu máu, chống lại chết tế bào trong khu vực thiếu máu, tăng các chất hóa học dẫn truyền thần kinh, cải thiện khả năng suy giảm trí nhớ sau đột quỵ [3].

Điện cơ là phương pháp dùng để đánh giá khách quan sự phục hồi vận động thể hiện bằng tần số và biên độ điện thế các đơn vị vận động. Các chỉ số tăng cao hơn sau điều trị cho thấy các đơn vị vận động đã tăng cao hơn về số lượng cũng như khả năng co cơ.

Qua các kết quả trên cho thấy, biên độ điện thế và tần số đều tăng lên sau điều trị trên 6 cơ đánh giá. Mức tăng trung bình sau điều trị thường gấp 2 lần cả tần số và biên độ điện thế. Các cơ có khối lượng và kích thước lớn thì mức độ tăng tần số và biên độ đơn vị vận động cao hơn các cơ nhỏ ($p<0,05$), lần lượt theo thứ tự: cơ tứ đầu đùi, cơ sinh đôi, cơ chày trước, cơ nhị đầu, cơ ngửa dài, cơ ô mô cái.

Một đơn vị vận động là do một nơ-ron vận động nằm ở sừng sau tủy sống chi phối nhiều sợi cơ. Những cơ lớn chịu trách nhiệm tạo lực và tư thế có nhiều sợi cơ hơn các cơ bé thực hiện các động tác chính xác. Co cơ càng mạnh thì càng có nhiều đơn vị vận động tham gia, càng nhiều sợi cơ trong đơn vị vận động tham gia làm cho biên độ các đơn vị vận động tăng cao. Các chỉ số biên độ và tần số điện cơ trong nghiên cứu tăng cao hơn sau điều trị cho thấy các cơ đã phát triển hơn về số lượng các đơn vị vận động cũng như các sợi cơ.

V. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng cho 180 bệnh nhân liệt nửa người sau nhồi máu não bằng điện mãng châm, đánh giá bằng điện não và điện cơ đồ chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Nhóm điện mãng châm cải thiện tốt hơn nhóm điện châm bằng kết quả điều trị mức độ tốt, dịch chuyển độ liệt, điểm Orgogozo và Barthel cao hơn.

2. Sau điều trị có cải thiện tốt hơn trên điện não về biên độ và chỉ số % tăng cao ở sóng alpha và giảm ở sóng theta và delta dần về bình thường ($p<0,05$). Chuyển dịch mức độ điện não nặng về mức độ nhẹ sau điều trị ($p<0,05$).

3. Sau điều trị, tần số và biên độ đơn vị vận động đều tăng cao hơn trước điều trị trên cả 6 cơ đánh giá. Các cơ có khối lượng và kích thước lớn thì mức độ tăng tần số và biên độ đơn vị vận động cao hơn các cơ nhỏ ($p<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tài Thu (2005).** Mãng châm. Nhà xuất bản Y học, 12-50.
2. **Bruce. O et al (2013).** Forecasting the Future of Stroke in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association and American Stroke Association, Stroke, 44, 2361-2375.
3. **Lina. MC et al (2017).** Mechanisms of Acupuncture Therapy in Ischemic Stroke Rehabilitation: A Literature Review of Basic Studies, International Journal of Molecula Science, 18(2270), 1-14.
4. **Seung. YC (2013).** A comparison of Brain Activity between Healthy Subjects and Stroke Patients on fMRI by Acupuncture Stimulation, Chinese Journal of Integrative Medicine, 19(4), 269-276.
5. **Simon IH, Amanuel AA, Kalkidan HA et al (2017).** Global, regional disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, The Lancet, 390 (10100), 1260-1344.
6. **Yamanashi H, Mai Quang Ngoc, Tran Van Huy et al (2016).** Population-Based Incidence Rates of First Ever Stroke in Central Vietnam. Plos one, 11(8), 1-13.
7. **Yang. Y et al (2017).** Neuroplasticity Changes on Human Motor Cortex Induced by Acupuncture Therapy: A Preliminary Study, Neural Plasticity, Volume 2017, 1-8.
8. **Yanzhe. N et al (2017).** Enhanced Functional Connectivity between the Bilateral Primary Motor Cortices after Acupuncture at Yanglingquan (GB34) in Right-Hemispheric Subcortical Stroke Patients: A Resting-State fMRI Study, Frontiers in Human Neuroscience, 11, 1-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM GAN C MẠN

Quế Anh Trâm*, Bùi Tiến Hoàn*, Trần Anh Đào*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gan siêu vi C là một trong các nguyên nhân quan trọng gây bệnh gan mạn, xơ gan và ung thư gan. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm và hiệu quả điều trị thuốc kháng vi rút trực tiếp bệnh nhân viêm gan C mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả 67 bệnh nhân nhiễm viêm gan siêu vi C mạn khám và điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 01/2018 - 09/2020. Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp không đối chứng kết hợp tiến cứu và hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có ALT, AST, GGT trong giới hạn bình thường là 26,9%, 26,9% và 28,3%. Kiểu genotype 1 chiếm ưu thế với 61,2% kế đến là genotype 6 chiếm 23,9%, genotype 2 chiếm 13,4% và một trường hợp mang genotype 3 (1,5%). Tất cả bệnh nhân đều có HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện sau 4 tuần điều trị, đạt tỷ lệ RVR là 100%. Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng siêu vi bền vững sau ngưng điều trị 12 tuần là 98,5%. Đáp ứng siêu vi không khác biệt giữa các genotype và phác đồ điều trị. **Kết luận:** Tỉ lệ RVR là 100%. Tỷ lệ SVR là 98,5%. Đáp ứng siêu vi bền vững trong nghiên cứu không có sự khác biệt giữa các genotype và phác đồ điều trị.

Từ khóa: DAA, viêm gan C, RVR, viêm gan vi rút C mạn.

**Bệnh viện HNĐK Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Hoàn
Email: drbuihoan84@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF DIRECT-ACTING ANTIVIRAL TREATMENT FOR CHRONIC HCV INFECTED PATIENTS

Background: Hepatitis C is one of the most important causes of chronic liver disease, cirrhosis and liver cancer. **Objectives:** Describe clinical, subclinical and therapeutic effects of direct-acting antiviral in patients with chronic hepatitis C. **Subjects and Methods:** Describe 67 chronic hepatitis C infected patients who were examined and treated at the Tropical Disease Center, Nghean General Hospital from 01/2018 - 09/2020. Non-controlled intervention (defined by prospective combined with retrospective.). **Results:** The percentages of patients with ALT, AST, and GGT within the normal range were 26.9%, 26.9% and 28.3%. Genotype 1 dominated (61.2%), followed by genotype 6 had23.9%, genotype 2 had 13.4% and a case with genotype 3 (1.5%). All patients had HCV RNA below the detection after 4 weeks of treatment, achieving RVR rate of 100%. The patients with a sustained viral response after 12 weeks of treatment discontinuation was 98.5%. Viral response did not differ between genotypes and treatment regimens. **Conclusions:** RVR rate is 100%. SVR rate is 98.5%. The sustained viral response in the study did not differ between genotypes and treatment regimens.

Keywords: antiviral hepatitis C virus, direct acting antivirals, RVR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc điều trị khỏi viêm gan siêu vi C về mặt siêu vi không còn khó khăn từ khi thuốc kháng virus trực tiếp phát triển.

Đáp ứng điều trị đã được nhiều nghiên cứu đánh giá và báo cáo về hiệu quả diệt siêu vi của các phác đồ điều trị và không cần nghiên cứu thêm. Đáp ứng siêu vi cũng được thừa nhận có liên quan với cải thiện về sinh hóa và mô học. Mặc dù vậy, do mục đích điều trị, người ta thường chú ý đến tỉ lệ đạt SVR (Sustained virologic response - đáp ứng siêu vi bền vững).

Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm của virus ở bệnh nhân viêm gan C mạn nhưng chưa nhiều, lại chỉ thực hiện ở tuyến Trung Ương. Hàng năm Bệnh viện HNĐK Nghệ An khám và điều trị hang nghìn bệnh nhân có bệnh lý về gan vivus, nhất là bệnh gan liên quan đến virus viêm gan B và viêm gan C. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu : Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị thuốc kháng vi rút trực tiếp trên bệnh nhân viêm gan siêu vi C mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số chọn mẫu: bệnh nhân nhiễm viêm gan siêu vi C mạn khám và điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 01/2018 - 09/2020.

2.2. Cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhận đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào danh sách nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Anti HCV dương tính và HCV RNA trên ngưỡng được phát hiện bằng PCR
- Khám, theo dõi và điều trị tại phòng TT Bệnh nhiệt đới

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân được điều trị không đúng theo phác đồ của Bộ Ytế, bỏ trị.

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp không đối chứng kết hợp tiến cứu và hồi cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu: Giới tính, tuổi, các bệnh đồng mắc (THA, ĐTĐ typ II, đồng nhiễm HIV), tình trạng lạm dụng rượu, HCV RNA, HCV genotype, đáp ứng siêu vi, đáp ứng sinh hóa, …

Quy trình tiến hành

Bệnh nhân được chẩn đoán VGSVC (Viêm gan siêu vi C) mạn đến khám và được điều trị với DAA tại phòng khám viêm gan Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An sẽ được thu thập số liệu. Những bệnh nhân này sẽ được giải thích mục tiêu của nghiên cứu và mời tự nguyện tham gia nghiên cứu và được cung cấp thông tin về nghiên cứu.

Xử lý số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. IBM. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ. Các biến số liên tục được biểu hiện bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hay trung vị (IQR). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. So sánh tỉ lệ các nhóm bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact test đối với cỡ mẫu nhỏ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Dân số nghiên cứu gồm 67 bệnh nhân, với nam chiếm ưu thế vơi 69%, tuổi trung bình là 46,3 ± 12,8 (cao nhất là 73 tuổi, thấp nhất là 24 tuổi). Nhóm tuổi 18 – 40 tuổi chiếm đa số với 50,7%. Các bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu bia đều là nam và chỉ có 16,4% bệnh nhân uống rượu nhiều.

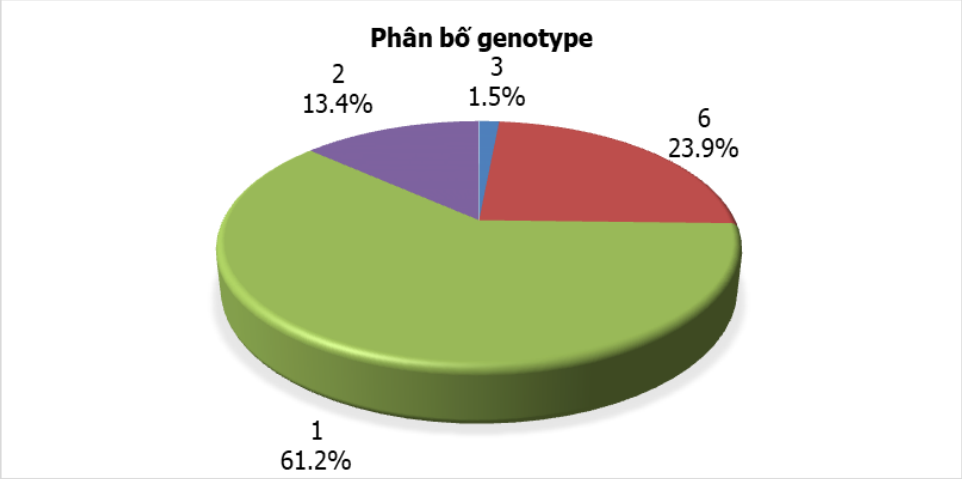
3.2. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu, cơ địa và bệnh nền (n=67)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới nam	46	69
Tuổi (năm) Trung bình: 46,3 ± 12,8		
18 - 40	34	50,7
40 - 60	17	25,4
> 60	16	23,9
Bệnh nền (n=13)		
Tăng huyết áp	7	10,4
Đái tháo đường typ II	3	4,5
Đồng nhiễm HIV	0	0,0
Đồng nhiễm HBV	3	4,5
Sử dụng bia rượu nhiều	11	16,4

3.3. Đặc điểm siêu vi và phác đồ điều trị

Trong nghiên cứu, bệnh nhân đều được định genotype. Kết quả cho thấy genotype 1 chiếm đa số với 61,2% kế đến là genotype 6 chiếm 23,9%, genotype 2 chiếm 13,4% và có một trường hợp mang genotype 3 (1,5%).



Biểu đồ 1: Phân bố genotype của HCV (n=67)

Bảng 2. Phác đồ điều trị theo genotype (n=67)

Phác đồ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Genotype			
			1	2	3	6
VEL + SOF	47	70,2	30	4	1	12
SOF + RBV	8	11,9	6	1	0	1
LDV + SOF	12	17,9	5	4	0	3

Phác đồ được sử dụng nhiều nhất là VEL + SOF 70,1%, kế tiếp là LDV/SOF 17,9%. Bệnh nhân sử dụng phác đồ có RBV là 11,9%.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị

Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có ALT, AST, GGT trong giới hạn bình thường là 26,9%, 26,9% và 28,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có ALT, AST, GGT trong khoảng 1 – 5 ULN lần lượt là 65,6%, 70,1% và 62,7%. Tỷ lệ ALT, AST và GGT tăng trên 5 lần là 7,5%, 2,9% và 9,0%. Không có bệnh nhân có transaminase tăng trên 10 lần.

Trung vị của Albumin là 34,2 g/L (31,3 – 39,2), tỷ lệ bệnh nhân có albumin < 35 là 39,7%. Tiểu cầu có trung vị là 165 G/L (116 – 233) và cos20,9% bệnh nhân có tiểu cầu dưới 100 G/L.

3.5. Kết quả điều trị viêm gan siêu vi C với DAA

Về đáp ứng siêu vi

Bảng 3. Đáp ứng siêu vi nhanh (n = 67)

Thời điểm	Đáp ứng siêu vi	(n)	(%)
4 tuần	Không Có	0 67	0,0 100
EOT + 12 tuần	Không Có	1 66	1,5 98,5
EOT + 36 – 48 tuần (n = 66)	Không Có	2 64	3,1 96,9
EOT + 72 tuần (n = 17)	Không Có	0 17	0,0 100

Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị, trong tổng số 67 bệnh nhân điều trị đều được làm HCV RNA và tất cả đều có HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện, tỷ lệ bệnh nhân có RVR là 100% (Bảng 3).

Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng siêu vi bền vững sau ngưng điều trị 12 tuần là 98,5% (66/67 bệnh nhân).

Tại thời điểm 36 – 48 tuần sau ngưng điều trị tất cả 66 bệnh nhân đều được làm HCV RNA, trong đó có 2 bệnh nhân HCV RNA dương tính, 2 bệnh nhân này đều đạt được SVR12. Như vậy tỷ lệ SVR36-48 là 97,0%. Nếu tính bệnh nhân thất bại điều trị trước đó thì có 3 bệnh nhân thất bại điều trị. Tỷ lệ SVR36-48 là 95,5%.

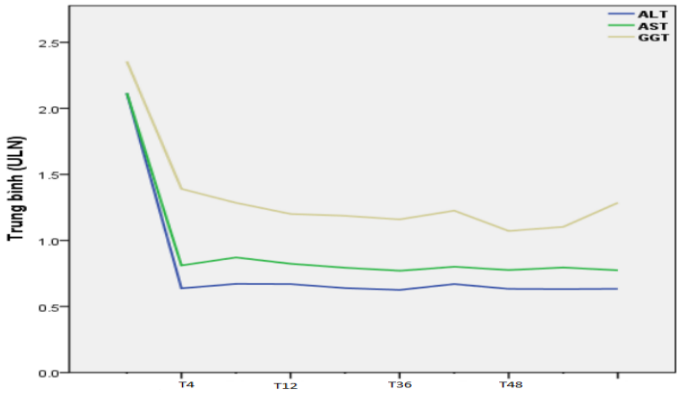
Sau 72 tuần, có 17 bệnh nhân được làm HCV RNA và tất cả đều dưới ngưỡng phát hiện. Tỷ lệ SVR72 là 100%.

Bảng 4: Đáp ứng siêu vi theo genotype (n = 67)

Đáp ứng siêu vi	Toàn mẫu nghiên cứu	Genotype			
		1 **n (%)**	**2** **n (%)**	**3** **n (%)**	**6** **n (%)**
RVR	67 (100)	41 (100)	9 (100)	1 (100)	16 (100)
SVR12	66 (98,5)	40 (97,6)	9 (100)	1 (100)	16 (100)
SVR36-48	64 (97,0)	39 (95,1)	9 (100)	1 (100)	15 (93,8)
Thất bại điều trị	3 (4,5)	02 (66,7)	0 (0,0)	0 (0.0)	01 (33,3)

Nhận xét: Kết quả thể hiện đáp ứng siêu vi theo genotype và theo phác đồ điều trị. Tỷ lệ đạt SVR của các phác đồ đều cao, chỉ có 3 trường hợp thất bại điều trị, một với phác đồ LDV/SOF và hai với phác đồ SOF + RBV.

Đáp ứng sinh hóa



Biểu đồ 1. Diễn tiến trung bình của AST, ALT, GGT theo thời gian điều trị

Quan sát diễn tiến trung bình của AST, ALT, và GGT đều giảm nhanh sau 4 tuần điều trị. Diễn tiến của cả 3 loại men gan duy trì khá ổn định sau khi được điều trị đặc hiệu.

Một số kết cục khác

Bùng phát viêm gan siêu vi B mạn: trong số 2 ca đồng nhiễm HBV/HCV, không phát hiện trường hợp nào bùng phát viêm gan siêu vi B trong thời gian điều trị và sau ngưng điều trị 12 tuần.

Xuất hiện HCC: trong và sau quá trình điều trị, không phát hiện trường hợp nào xuất hiện HCC.

Các yếu tố liên quan đến RVR và SVR

Trong nghiên cứu 100% bệnh nhân đạt RVR, và chỉ có 3 bệnh nhân thất bại về mặt siêu vi. Vì vậy nghiên cứu không khảo sát các yếu tố liên quan đến RVR và SVR.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong dân số nghiên cứu, nam giới chiếm ưu thế với 69% trường hợp. Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu tại Việt Nam như nghiên cứu của P.K.N.Oanh, N.T.Dũng và một số khác cho tỉ lệ nam ưu thế hơn nữ.

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 46,3 ± 12,8, cao nhất là 73 tuổi, thấp nhất là 24 tuổi, nhóm tuổi 18 - 40 tuổi chiếm đa số. Một nghiên cứu gần đây của Pariente cho thấy tuổi không ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng điều trị ở bệnh nhân điều trị với DAA.

Tỷ lệ bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu bia nhiều là 16,4% và đều là nam. Sử dụng rượu bia có liên quan đến các bệnh gan do chuyển hóa, viêm gan, gan nhiễm mỡ ảnh hưởng đến việc đánh giá đáp ứng điều trị VGSV C. Do số lượng mẫu trong nghiên cứu này thấp, do đó chúng tôi không tìm thấy được liên quan giữa sử dụng rượu bia và đáp ứng điều trị.

4.2. Đặc điểm siêu vi

Genotype 1, 2, 6 là 3 genotype chính tại Việt Nam chiếm tỷ lệ trong dân số nghiên cứu là 61,2%, 13,4% và 23,9%. Nghiên cứu ghi nhận một trường hợp Genotype 3 rất hiếm gặp tại Việt Nam. Tỷ lệ này giống với

nghiên cứu của L.T.K.Dung với tỷ lệ 1,2,6 lần lượt là 51,77%, 17,38% và 26,6%.

4.3. Cận lâm sàng trước điều trị

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có ALT, AST và GGT tăng từ 1 - 5 lần ngưỡng trên bình thường (dưới 200 IU/mL) với tỷ lệ lần lượt là 65,6%, 70,1% và 62,7%. Tỷ lệ men gan cao hơn ngưỡng trên bình thường trong nghiên cứu giống như trong nghiên cứu của V.M.Quang với tỉ lệ tăng AST, ALT, GGT là 84%, 78% và 70% và cao hơn trong nghiên cứu của L.T.K.Dung với tỉ lệ tăng ALT chỉ là 51,47% và N.A.Thế với tỉ lệ tăng AST, ALT lần lượt là 41,11% và 62,22%, nghiên cứu của Deterding với tỉ lệ ALT < 2ULN, 2 - 5 ULN, > 5 ULN lần lượt là 59%, 35% và 6%. Như vậy rất ít trường hợp men gan cao hơn 5 lần.

Tỉ số AST/ALT trên 1 trước khi bắt đầu điều trị chiếm 49,3%. ALT là một men nằm trong tế bào chất trong khi AST là một men nằm trong cả tế bào chất ti thể tế bào gan. Tỷ lệ AST/ALT trên 1 thể hiện một tình trạng viêm gan mạn tính, tổn thương đến ti thể, đặc biệt khi có xơ hóa gan/ xơ gan đáng kể hiện diện. Trong viêm gan vi rút C mạn, tỷ lệ này có liên quan đến độ xơ hóa gan. Tỷ lệ này cũng tương đương với tình trạng xơ hóa gan trước khi bắt đầu điều trị.

4.4. Đáp ứng điều trị

4.3.1.Đáp ứng siêu vi nhanh

Trong số 67 bệnh nhân trong dẫn số nghiên cứu đều được làm tại lượng vi rút vào tuần thứ 4 sau điều trị, tất cả đều HCV RNA âm tính, tỷ lệ RVR là 100%.

RVR trước đây được cho là có liên quan đến SVR ở những bệnh nhân điều trị với Peg-IFN. Các phác đồ hiện tại với tỷ lệ SVR cao như trong nghiên cứu này, do đó khó thấy được mối liên quan này.

4.3.2.Đáp ứng siêu vi bền vững

Có 66 bệnh nhân HCV RNA âm tính vào tuần thứ 12 sau ngưng điều trị (98,5%), có một bệnh nhân không đáp ứng với DAA trước đó. Bệnh nhân duy nhất không đạt SVR12 có genotype 1 với HCV RNA dưới 2 x 10^6 IU/mL, đạt RVR sau điều trị và HCV RNA tăng trở lại vào sau tuần 12 ngưng điều trị. Như vậy tỷ lệ đạt SVR12 của các genotype là 100% trừ genotype 1 là 97,6%. Trong nghiên cứu của L.T.K.Dung với tỉ lệ SVR12 là 98,5%, tỷ lệ đạt SVR12 của các genotype 1, 2, 6 là 98,6%, 100%, và 97,3%.

4.3.3.Thất bại điều trị

Có 3 bệnh nhân thất bại điều trị với tỷ lệ 4,5. Ba bệnh nhân đều có độ xơ hóa gan vừa và nặng và HCV RNA dưới 2 x 10^6 IU/mL. ALT tăng nhẹ lúc ban đầu, có đáp ứng sinh hóa vào tuần thứ 4 và ALT tăng lại vào lúc chẩn đoán thất bại điều trị. Như vậy những bệnh nhân có ALT tăng trở lại trong quá trình điều trị nên chú ý thất bại điều trị.

4.4.4.Đáp ứng sinh hóa

Tại tuần thứ 4 giá trị trung vị của ALT, AST và GGT lần lượt là 0,5 ULN, 0,65 ULN và 0,83 ULN và duy trì cho đến 3 - 24 tháng sau ngưng điều trị. Sau 4 tuần mức trung bình của ALT và AST đã giảm về dưới ngưỡng trên bình thường (0,6 ULN, 0,74 ULN), riêng GGT có xu hướng dao động trên ngưỡng trên bình thường (1,2 ULN).

Theo y văn có tới 80% bệnh nhân có viêm siêu vi C mạn có gan nhiễm mỡ. Theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân còn tăng GGT tại tuần thứ 4 có thể do việc cải thiện gan nhiễm mỡ diễn ra chậm hoặc có một

bệnh gan khác làm tăng GGT. Với ALT và AST thì tỉ lệ bình thường hóa cao sau 4 tuần.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ RVR là 100%. Tỷ lệ SVR là 98,5%. Đáp ứng siêu vi bền vững trong nghiên cứu không có sự khác biệt giữa các genotype và phác đồ điều trị.

Diễn tiến sinh hóa ổn định sau 4tuần điều trị. Diễn tiến của cả 3 loại men gan duy trì khá ổn định sau khi được điều trị đặc hiệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization, W.H (2017).** Global hepatitis report 2017: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2017.
2. **Terrault, N. A., Lok, A. S., McMahon, B. J., Chang, K. M., Hwang, J. P., Jonas, M. M., ... & Wong, J. B. (2018).** Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. Hepatology.
3. **Phạm Kiều Nguyệt Oanh, Nguyễn Hữu Chí (2013).** Các yếu tố tiên lượng đáp ứng điều trị trên bệnh nhânviêm gan siêu vi C mạn. Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 2013. **17**: p. 204-209.
4. **Nguyễn Thành Dũng (2017).** Hiệu quả điều trị viêm gan C bằng các thuốc kháng vi rút trực tiếp tại bệnh viện Nhiệt Đới. Báo cáo khoa học bệnh viện 2017.
5. **Ngô Anh Thế (2017).** Đánh giá kết quả điều trị của peginterferon alpha-2b kết hợp ribavirin ở bệnh nhân viêm gan virus C mạn tính và giá trị của Fibroscan trong chẩn đoán xơ hóa gan. Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Hà Nội, 2017.
6. **Lý Thị Kim Dung (2018).** Khảo sát tình hình sử dụng và hiệu quả điều trị viêm gan siêu vi C mạn của thuốc kháng virus trực tiếp tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 2018. **22**: p. 89-95.
7. **Võ Minh Quang, Đặng Trần Khiêm (2009).** Các yếu tố dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan siêu vi C điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TP.HCM năm 2006-2007. Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 2009. **13**: p. 267-273.
8. **European Association for The Study of The Liver (2018).** EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018. Journal of hepatology.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG QUA NỘI SOI Ổ BỤNG BẰNG BỘ DỤNG CỤ NỘI SOI THÔNG THƯỜNG

Thái Doãn Công[1], Trịnh Duy Vinh[1], Nguyễn Văn Hải[1], Nguyễn Trọng Hùng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt tử cung qua nội soi ổ bụng bằng bộ dụng cụ thông thường điều trị u xơ tử cung lành tính tại Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân được mổ cắt tử cung nội soi 8/2019 – 8/2020. Ghi nhận các đặc điểm bệnh nhân, kết quả đạt được và các tai biến - biến chứng. **Kết quả**: 62 BN có độ tuổi trung bình 47,5 ± 5,7 tuổi, thời gian mổ trung bình là 90 ± 23,5 phút. Bệnh lý chủ yếu là u xơ cơ tử cung (55 bệnh nhân – 88,7%), 57 bệnh nhân (91,93%) được cắt tử cung toàn bộ, còn lại 5 bệnh nhân (8,07%) là cắt tử cung bán phần. Có 55 (88,7%) bệnh nhân được xử lý bó mạch tử cung bằng dao điện lưỡng cực và kẹp clip tăng cường, 7 bệnh nhân (11,3%) được xử lí bó mạch tử cung bằng dao điện lưỡng cực và khâu tăng cường, không cần sử dụng phương tiện đắt tiền. Lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo có 57 bệnh nhân (91,93%), 5 bệnh nhân (8,07%) được lấy qua lỗ trocart rốn mở rộng. Tai biến trong mổ gặp 2 bệnh nhân (3,2%), biến chứng sau mổ gặp 2 bệnh nhân (3,2%). Chi phí tiết kiệm khoảng 4 triệu – 4,5 triệu đồng/ bệnh nhân. **Kết luận:** Đây là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, ít tai biến biến chứng, không cần trang thiết bị đắt tiền. Kỹ thuật này có thể triển khai ở các bệnh viện có phẫu thuật viên được đào tạo bài bản và có trang bị hệ thống phẫu thuật nội soi với bộ dụng cụ thông thường

***Từ khóa*:** Phẫu thuật nội soi, u xơ tử cung

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY WITH STANDARD INSTRUMENTS AT CUA DONG HOSPITAL

Objects: To evaluated the results of laparoscopic hysterectomy with standard instruments for treating benign uterine fibroids at Cua Dong Hospital. **Subjects and methods**: A retrospective cross-sectional study on 62 patients; treatment results, accidents and complications were analyzed. **Results:** 62 patients underwent laparoscopic hysterectomy from August 2019 to August 2020, mean operative duration was 90 ± 23.5 minutes, main disease was uterine fibroids (88,7%), total laparoscopic hysterectomy was performed on 57 patients (91.93%), laparoscopic subtotal hysterectomy was performed on 5 patients (8,07%). Uterus vessel was controled by Bipolar and Clips on 55 patients (88,7 %), by Bipolar and suture on 7 patients (11,3%). Uterus was taken out through vagina on 57 patients (91,93 %), through enlarged umbilical trocart site on 5 patients (8,07 %). Intra- operated acsidents were appeared on 2 patients (3.2%), post-operative complications occured in 2 patients (3.2%). Total hospital cost reduce about 4 million – 4.5 million VND/patient. **Conclusions:** Laparoscopic

[1]*Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Công
Email: drcong198@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

hysterectomy is a safe and effective method with low rates of complications without expensive instruments. It can be applied at dicstrict hospitals that have well-trained surgeons and standard-instrument laparoscopic systems.

Keywords: Laparoscopic surgery, uterine fibroid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là phẫu thuật thông dụng trong ngành sản phụ khoa. Từ những năm 80 của thế kỷ XX trở về trước phẫu thuật này được tiến hành theo phương pháp mổ mở. Từ năm 1987 phẫu thuật nội soi được biết đến với trường hợp cắt túi mật của Philip Mouret, sau đó đã được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực phẫu thuật, trong đó có chuyên nghành sản phụ khoa [1]. Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) đang phát triển mạnh mẽ trong ngành ngoại khoa nói chung và phụ khoa nói riêng, với những ưu điểm vượt trội đã được khẳng định. Hơn 2/ 3 số bệnh lý phụ khoa có chỉ định can thiệp ngoại khoa đều có thể giải quyết bằng PTNS, trong đó PTNS cắt tử cung là phẫu thuật cao cấp được xếp ở mức 3 chỉ sau phẫu thuật nạo vét hạch [7]. Cắt tử cung qua nội soi là một phẫu thuật thay thế phương pháp phẫu thuật cắt tử cung qua đường bụng và cắt tử cung qua đường âm đạo lần đầu tiên trên thế giới do Harry RIECH thực hiện vào tháng 1 năm 1989 tại Mỹ. Tại Việt Nam kỹ thuật này được lần đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ năm 1999[2]. Hiện nay, phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi không những được áp dụng cho những bệnh lý phụ khoa lành tính mà còn áp dụng trong các bệnh lý ác tính như: ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung, bóc hạch chậu, treo dây chằng hoặc mõm cắt vào mõm nhô trong phục hồi sa tạng chậu…, nạo hạch bạch huyết vùng chậu (Querleu, 1989), nạo hạch bạch huyết cạnh ĐM chủ (Perez, 1990) và phẫu thuật tái tạo vùng chậu (Vancaillie và cs, 1991) [3,4]....Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi điều trị các bệnh lý của tử cung. Tại Việt Nam cũng đã có một số báo cáo về loại hình phẫu thuật này, tuy nhiên chỉ tập trung ở một số bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội, TP Hồ chí Minh, Huế [1,2,7], và đa số đều sử dụng hệ thống dao mổ đắt tiền như dao siêu âm, dao hàn mạch, làm tăng thêm chi phí cho bệnh nhân, …chỉ có một vài nghiên cứu ở tuyến tỉnh được công bố. Tại Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi ổ bụng được thực hiện thường quy từ tháng 8/2019, với bộ dụng cụ nội soi thông thường, không cần sử dụng các dụng cụ đắt tiền . Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt tử cung qua nội soi ổ bụng với bộ dụng cụ nội soi thông thường tại Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được cắt tử cung qua nội soi ổ bụng từ tháng 8/2019 đến 8/2020 tại Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông.

2.1.1.Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chỉ định cắt tử cung qua nội soi ổ bụng từ 8/2019 – 8/2020 tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An với các bệnh lý:

+ U xơ tử cung, polyp buồng tử cung kích thước lớn.

+ U xơ TC kèm khối u phần phụ KT≤ 10cm .

+ Lạc nội mạc trong cơ TC

2.1.2.Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân ung thư hay nghi ngờ ung thư tử cung, cổ tử cung qua thăm khám lâm sàng.

Bệnh nhân mắc những bệnh lý ảnh hưởng lên quá trình gây mê, phẫu thuật.

2.2.Phương pháp nghiên cứu

2.2.1.Loại hình nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả cắt ngang, dữ liệu được thu thập thông qua mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.2.2. Xử lí số liệu

Các kết quả nghiên cứu được xử lí thông kê theo chương trình thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Một số đặc điểm chung

3.1.1.Tuổi

Thấp nhất 34 tuổi, cao nhất: 77 tuổi, trung bình: 47,5 ± 5,7 tuổi.

3.1.2.Tình trạng hôn nhân

Bảng 1: Tình trạng hôn nhân

Tình trạng	n	%
Độc thân	6	9,68
Kết hôn	56	90,32
Tổng	**62**	**100**

3.1.3.Kích thước khối u

Bé nhất 4cm, lớn nhất: 10cm, TB: 6,7 ± 2,4 cm

3.2.Kết quả phẫu thuật

3.2.1.Thời gian mổ:

Ngắn nhất: 60 phút, dài nhất: 150 phút, trung bình 90 ± 23,5 phút

3.2.2.Đặc điểm bệnh lý:

Bảng 3: Đặc điểm bệnh lý tử cung

Bệnh lý	n	%
Nhân xơ tử cung	55	88,7
Lạc nội mạc trong cơ	3	4,85
Polyp lớn buồng TC	4	6,45
Tổng	**62**	**100**

3.2.3.Loại hình phẫu thuật

Bảng 4: Loại hình phẫu thuật

Loại hình	n	%
Cắt TCHT	57	91,93
Cắt TCBP	5	8,07
Tổng	**62**	**100**

3.2.4. Phương pháp lấy bệnh phẩm

Bảng 5: Cách lấy bệnh phẩm

Lấy bệnh phẩm	n	%
Qua âm đạo	57	91,93
Qua lỗ trocart rốn mở rộng	5	8,07
Tổng	**62**	**100**

3.2.5. Tai biến trong mổ

Bảng 6: Tai biến trong mổ

Tai biến	n	%
Rách thanh cơ TT	2	3,33
Không tai biến	60	96,77
Tổng	**62**	**100**

3.2.6.Biến chứng sau mổ

Bảng 7: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Nhiễm trùng troca rốn	1	1,67
Chảy máu mỏm cắt	1	1,67
Không có biến chứng	60	96,77
Tổng	**62**	**100**

3.2.7.Thời gian nằm viện sau mổ

Ngắn nhất: 5 ngày, dài nhất: 11 ngày, trung bình: 6,5 ± 1,2 ngày.

3.2.8.Xử lí bó mạch tử cung

Bảng 8: Xử lí bó mạch tử cung

Cách xử lý	n	%
Đốt điện + clip	55	88,7
Đốt điện + khâu tăng cường	7	11,3
Tổng	**62**	**100**

Chi phí tiết kiệm được: 4 triệu – 4,5 triệu VN đồng/ Bệnh nhân

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi:

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 47,5 ± 5,7 tuổi, thấp nhất 34 tuổi, ccao nhất 77 tuổi, lứa tuổi này cũng tương tự như các nghiên cứu khác, phù hợp với chỉ định cắt bỏ tử cung khi không còn nhu cầu sinh đẻ và chuẩn bị bước sang giai đoạn tiền mãn kinh [1,2,7]

4.1.2. Tình trạng hôn nhân:

Đa số BN đã lập gia đình và có > 2 con, do đó chỉ định cắt tử cung dễ dàng được chấp nhận khi không còn nhu cầu sinh đẻ. Một số BN dù độc thân và chưa có con nhưng do kích thước nhân xơ lớn, tuổi cao nên cũng có chỉ định cắt tử cung.

4.1.3. Kích thước khối u

Đa số kích thước nhân xơ đều lớn hơn 6,5 cm, 1 số trường hợp nhân xơ nhỏ hơn 6,5 cm

nhưng rong kinh rong huyết kéo dài nên cũng có chỉ định phẫu thuật, phù hợp với các kết quả nghiên cứu [6, 7].

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Thời gian mổ

Thời gian mổ trong nghiên cứu là 90 ± 23,5 phút, tương tự như các tác giả khác [3,4]. Một BN có thời gian mổ đến 150 phút là do nhân xơ to, rách thanh cơ trực tràng khi phẫu tích nên mất thời gian khâu lại trực tràng và lấy bệnh phẩm ra ngoài.

4.2.2. Đặc điểm bệnh lý

Chỉ định mổ cắt tử cung nội soi trong nghiên cứu này chủ yếu là nhân xơ tử cung (88,7%), phù hợp với lý thuyết chỉ định mổ cắt tử cung, tưng tự như các nghiên cứu khác [6,7]. Một số bệnh lý khác có tỉ lệ tỷ lệ ít như lạc nội mạc trong cơ tử cung, polyp lớn buồng tử cung cũng nằm trong nhóm chỉ định cắt tử cung.

4.2.3. Loại hình cắt tử cung

Trong nghiên cứu này có 57 BN (91,93%) được cắt tử cung toàn bộ. Chủ yếu là u xơ cơ tử cung, ngoài ra có các tổn thương khác như lạc nội mạc trong cơ tử cung, polip lớn buồng tử cung. Chỉ có 5 bệnh nhân cắt tử cung bán phần, theo yêu cầu của bệnh nhân muốn giữ lại cổ tử cung, đây là những bệnh nhân chưa mãn kinh. Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều chỉ ra không có sự khác biệt của việc bảo tồn và cắt bỏ cổ tử cung trong quan hệ tình dục sau mổ, trong khi đó nếu để lại cổ tử cung thì vẫn có nguy cơ ung thư cổ tử cung về sau nếu không được kiểm tra định kì. Một số ít tác giả như L. Metter trong nghiên cứu của mình đã chỉ ra nhiều ưu điểm của cắt tử cung nội soi bán phần như: âm đạo không bị ngắn nên ít ảnh hưởng quan hệ tình dục về sau, ít tai biến liên quan đến hệ tiết niệu hơn, thời gian có hoạt động tình dục sớm hơn, bảo tồn nguyên vẹn cấu trúc sàn chậu…trong khi có rất ít bằng chứng về ung thư cổ tử cung sau phẫu thuật [8], tuy nhiên quan điểm này không được ủng hộ nhiều.

4.2.4. Xử lí bó mạch tử cung

Trong hầu hết các nghiên cứu bó mạch tử cung được xử lí bằng các phương tiện hiện đại như dao hàn mạch Ligassure hoặc dao Siêu âm Harmonic Scaple, chúng tôi sử dụng dao đốt điện lưỡng cực Bipolar là dao điện cầm máu thông thường, kết hợp với cặp Clip hoặc khâu tăng cường, mỗi ca mổ như vậy có thể tiết kiệm được cho bệnh nhân từ 4 – 4,5 triệu đồng. Chúng tôi cho rằng trong điều kiện kinh tế của người dân Nghệ an, đây là số tiền không nhỏ, góp phần làm giảm gánh nặng chi phí cho người bệnh. Điều này chứng minh các kỹ thuật cao vẫn có thể tiến hành được với các dụng cụ thông thường, đảm bảo an toàn và hiệu quả.

4.2.5. Phương pháp lấy bệnh phẩm

Tất cả BN cắt tử cung hoàn toàn đều được lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo (57 BN – 91,93%), nhóm cắt tử cung bán phần được lấy bệnh phẩm qua lỗ trocart rốn mở rộng. Với nhóm cắt tử cung toàn bộ các tác giả đều thống nhất lấy bệnh phẩm qua lỗ tự nhiên là âm đạo vừa thuận lợi vừa đảm bảo tính thẩm mĩ [4,5.7]. Với nhóm cắt tử cung bán phần chúng tôi chuyển sang lấy bệnh phẩm qua lổ trocart rốn mở rộng khoảng 2 – 3cm, bệnh phẩm được cắt nhỏ và lấy ra ngoài dễ dàng.

4.2.6. Tai biến trong mổ

Chúng tôi gặp 2 BN (3,2%) bị tai biến trong mổ, cả 2 BN bị rách thanh cơ trực tràng do dính tử cung với Douglas, tất cả đều được xử lý qua nội soi, không phải chuyển mổ mở, không có các tai biến nghiêm trọng như thủng trực tràng, thủng bàng quang, cắt niệu quản ..., tỉ lệ này cũng tương tự như một số nghiên cứu đã công bố [6,7]

4.2.7. Biến chứng sau mổ

Có 2 BN(3,2%) gặp biến chứng sau mổ, 1 bệnh nhân nhiễm trùng lỗ troca rốn thay băng tự lành và 1 bệnh nhân chảy máu mỏm cắt sau mổ 2 tuần, nhập viện điều trị nội khoa ổn định. Chúng tôi may mắn chưa gặp các biến chứng lớn như rò bàng quang – âm đạo, rò trực tràng – âm đạo hay rò niệu quản – âm đạo. Theo Vũ Bá Quyết có 6 trường hợp tổn thương tiết niệu trong 100 ca mổ nội soi đầu tiên được phát hiện sau mổ (rò niệu quản, rò niệu quản – âm đạo, rò bàng quang âm đạo). Các nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự [1,2,4,7]…

4.2.8. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện cũng tương tự như các nghiên cứu khác, tuy nhiên do tâm lý người bệnh muốn thật yên tâm trước khi ra viện nên hầu hết đều chọn cắt chỉ xong mới xin ra viện (6 – 7 ngày), do đó thời gian nằm viện không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 62 BN được mổ cắt tử cung qua nội soi ổ bụng chúng tôi rút ra 1 số kết luận sau:

- Tuổi trung bình là 47,5 ± 5,7 tuổi.
- Thời gian mổ trung bình: 90 ± 23,5 phút.
- Xử lí bó mạch tử cung an toàn với dao điện Bipolar kết hợp khâu tăng cường hoặc cặp clip, tiết kiệm được kinh phí cho người bệnh.
- Bệnh lý chủ yếu là u xơ cơ tử cung chiếm 88,7 %, cắt tử cung toàn phần là chủ yếu chiếm 91,93%
- Tai biến trong mổ gặp 3,2%, đều được xử lý bằng nội soi.
- Biến chứng sau mổ gặp 3,2%

Đây là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, ít tai biến biến chứng, tiết kiệm được chi phí. Kỹ thuật này có thể triển khai ở các bệnh viện được trang bị hệ thống phẫu thuật nội soi và phẫu thuật viên được đào tạo tốt về phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Hạnh (2009):** Đánh giá kết quả của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi ổ bụng tại khoa phụ sản BV 175. Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 14, số 2, 56 – 62.
2. **Chu Thị Bá (1999),** Áp dụng cắt tử cung qua ngả âm đạo với sự hỗ trợ của nội soi ổ bụng. Luận văn thạc sỹ khoa học Y- Dược.
3. **Gol M, Kizilyar A, Eminoglu M (2007),** Laparoscopic hysterectomy with retroperitoneal uterine artery sealing using Ligasure, trade mark: Gazi hospital experience. Arch Gynecol Obstet. Mar 20.
4. **Gao JS, Leng JH, Liu ZF (2007),** Ureteral injury during gynecological laparoscopic surgeries: report of twelve cases. Chin Med Sci. Mar; 22(1): 13-6.
5. **Garret AJ, Nascimento MC, Nicklin JL (2007),** Total laparoscopic hysterectomy: The Brisbane learning curve. Aust N ZJ Obstet Gynaecol. Feb; 47(1): 65-9.
6. **Mittapalli R, Fanning J, Flora R (2007),** Cost- effectiveness analysis of the treatmen of large leiomyomas: Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. May;196 (5):17 -21.
7. **Vũ Bá Quyết, Nguyễn Viết Tiến, Nguyễn Đức Hinh (2009),** Kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2005 - 2008, Nội san sản phụ khoa, 91- 92.
8. **L. Mettler (2011),** Laparoscopic Subtotal Hysterectomy (LSH), an Evaluation and Appraisal. The Jounal of Minimally Invasive Gynecology. Vol 18, Issue 6, Supplement, Pages S61-S62.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đinh Văn Chiến*, Nguyễn Văn Hương*, Nguyễn Thị Thơm*, Hoàng Thị Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng dinh dưỡng người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu, người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa từ tháng 04 đến 06 năm 2020 tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Kết quả:** Có 253 người bệnh, tuổi trung bình 51,47 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 2/1. Nuôi ăn trước phẫu thuật đạt 56,6% nhu cầu. Có 11,4% được nuôi ăn sớm trong vòng 24 giờ, năng lượng cung cấp trung bình 862 kcal (53,2%). Ngày thứ 3 đến ngày thứ 5: trung bình 1299,7 kcal (68,6%). Giai đoạn hồi phục: trung bình 1327 kcal (70,2%). Năng lượng nuôi dưỡng sau phẫu thuật đạt 58,7% nhu cầu. Tỉ lệ giảm cân sau phẫu thuật đường tiêu hóa là 97,6%. Cân nặng trung bình giảm ở nhóm dinh dưỡng 90 - 100% nhu cầu năng lượng (0,7kg) thấp hơn nhóm dinh dưỡng < 50% nhu cầu năng lượng (3,2 kg) (p< 0,05). Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm cung cấp 90 - 100% nhu cầu năng (8,7 ngày) thấp hơn nhóm cung cấp < 50% nhu cầu (11,8 ngày) (p< 0,05). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm được nuôi ăn sớm sau phẫu thuật ngắn hơn so với nhóm không được nuôi dưỡng sớm (p< 0,05). Nhóm không được nuôi dưỡng sớm có tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao hơn nhóm được nuôi dưỡng sớm (p<0,05)

Kết luận: Dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa đạt 56,6% và sau phẫu thuật đạt 58,7% nhu cầu. Người bệnh sau phẫu thuật được nuôi ăn sớm và cung cấp đủ năng lượng nhu cầu thì hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp hơn.

Từ khóa: Dinh dưỡng phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

ASSESSMENT OF NUTRITION STATUS OF PATIENTS UNDERWENT GASTROINTESTINAL SURGERY AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: The aim of this study is to survey the reality of nutrition in patients undergoing gastrointestinal surgery. **Subjects and Methods:** Prospective cohort study, patients undergoing gastrointestinal surgery from April to June 2020 at Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** 253 patients, average age is 51.47, male/female rate is 2/1. Preoperative energy intake achieve 56.6% energy requirements. 11.4% of the patients are received early enteral feeding within the first 24 hours after surgery, the everage energy intake is 862 kcal (53.2%). From the third to fifth day, the everage energy intake is 1299.7 kcal (68.6%). In recovery stage, the everage energy intake is 1327 kcal (70,2%). The total of energy intake during hospital stay achieve 58.7% energy requirements. 97.6% of

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Chiến
Email: chienbvna@gmai.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

the patients undergoing gastrointestinal surgery had lost body weight. The everage weight loss in patients who are provided 90-100% energy requirements (0.7 kg) is lower than that in patients who are provided under 50% energy requirements (3.2 kg) (p<0.05). The average hospital length of stay in patients who are provided 90-100% energy requirements (8.7 days) is shorter than that in patients who are provided under 50% energy requirements (11.8 days) (p< 0.05). The average hospital length of stay in patients who are received early enteral feeding is shorter than that in patients who are not received early enteral feeding after surgery (P<0.05). The complication rate after surgery in patients who are not received early enteral feeding is higher than that in patients who are received early enteral feeding (P<0.05). **Conclusions:** In patients undergoing gastrointestinal surgery, preoperative and perioperative energy intake achieves 56.6% and 58.7% energy requirement respectively. After surgery, patients who are received early enteral feeding and provided adequate energy requirements are recovered earlier, had shorter length of hospital stay and fewer complications.

Keywords: nutritional support in gastrointestinal surgery, Nghe An Friendship general hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có nguy cơ cao suy dinh dưỡng do mất cân bằng giữa nguồn dinh dưỡng cung cấp và tiêu hao. Suy dinh dưỡng dẫn đến các biến chứng nặng sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện [1]. Người bệnh cũng cần được nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật sớm nhất có thể để giảm được biến chứng nhiễm trùng. Nhiều nghiên cứu cho thấy dinh dưỡng tốt làm giảm biến chứng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật [1],[2].

Để có cái nhìn tổng thể về dinh dưỡng người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa nhằm cải thiện dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: "Đánh giá thực trạng dinh dưỡng cho người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa từ tháng 04 đến 06 năm 2020 tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 253 người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 04 đến tháng 06 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

* **Lựa chọn bệnh nhân**: Người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa và ổ bụng

* **Chỉ tiêu nghiên cứu**:

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, tình trạng dinh dưỡng.
- Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh trước và sau phẫu thuật.
- Mối liên quan giữa nuôi dưỡng và thời gian nằm viện, sự thay đổi cân nặng và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật.

2.3. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4 đến 6/2020 có 253 người bệnh, tuổi trung bình là 51,47; tỉ lệ nam/nữ là 2/1.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật

BMI Bệnh	Thiếu năng lượng trường diễn	Bình thường	Thừa cân, tiền béo phì	Béo phì
Thực quản	0	1	0	0
Dạ dày – TT	17	13	5	0
Ruột non	12	11	2	1
Đại tràng	7	7	2	1
Trực tràng	3	3	3	0
Ruột thừa	15	58	16	4
Hậu môn	8	30	4	4
Khác	5	16	3	12

Tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn trước phẫu thuật là 67(26,4%) người bệnh, 35(13,8%) thừa cân béo phì, 12(4,7%) béo phì. 125 người bệnh được can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật có 21,6% được cung cấp đủ năng lượng; 13(10,4%) trường hợp cung cấp dưới 50% nhu cầu năng lượng.

Bảng 2. Bảng năng lượng cung cấp trung bình các giai đoạn sau phẫu thuật

Các giai đoạn	Năng lượng từ đường tiêu hóa trung bình	Năng lượng từ đường Tĩnh mạch trung bình	Tổng
	(kcal)	(kcal)	(kcal)
24 - 48 giờ	502	360	862
3 - 5 ngày	1075	224	1299
Hồi phục	1266	61	1327

Năng lượng cung cấp chủ yếu là qua đường tiêu hóa (81,5%), qua đường tĩnh mạch (18,5%). Có 58,7% người bệnh sau phẫu thuật được cung cấp năng lượng đạt nhu cầu.

Bảng 3. Các loại dịch nuôi qua đường tĩnh mạch sau phẫu thuật

Nuôi dưỡng tĩnh mạch sau PT	TL % nuôi bằng đạm	TL % nuôi bằng đường Glucose	TL % nuôi bằng béo	TL % 3 thành phần	Không nuôi TM
24 - 48 giờ	0	58,5	0	13,4	28,1
Ngày 3 -5	0.4	25,7	0	20,5	53,4
Hồi phục	0	9,1	0	4,3	86,6

Giai đoạn 24 - 48 giờ sau phẫu thuật người bệnh được nuôi chủ yếu đường tĩnh mạch, có 58,5% người bệnh được nuôi bằng 1 loại dịch ND là đường Glucose; 13,4% được nuôi bằng dịch 3 trong 1; có 28,1% không được nuôi dưỡng tĩnh mạch giai đoạn này.

Giai đoạn 3 -5 ngày sau mổ: Có 25,7% người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch bằng đường Glucose; 0,4% được nuôi bằng dịch

đạm; 20,5% được nuôi bằng dịch 3 trong 1 và 53,4% không được nuôi dưỡng tĩnh mạch trong giai đoạn này.

Giai đoạn hồi phục: chủ yếu nuôi ăn đường tiêu hóa, 86,6% không được nuôi dưỡng tĩnh mạch giai đoạn này.

Bảng 4. Liên quan giữa tỷ lệ năng lượng với cân nặng và thời gian nằm viện

Tỉ lệ năng lượng cung cấp so với nhu cầu	Số cân nặng giảm trung bình (kg)	Thời gian nằm viện (ngày)	P
90 - 100% (12)	0,7	8,7	
70 - 90% (97)	1,8	9,4	P< 0,05
50 -70% (124)	2,4	10,6	
< 50% (20)	3,2	11,8	

Cân nặng giảm trung bình ở nhóm cung cấp đủ năng lượng nhu cầu (0,7 kg) thấp hơn nhóm cung cấp < 50% nhu cầu (3,2kg) (P<0,05). Thời gian nằm viện ở nhóm cung cấp đủ năng lượng (8,7 ngày) thấp hơn nhóm cung cấp < 50% nhu cầu năng lượng (12,8 ngày) (p<0,05).

Bảng 5. Mối liên quan giữa nuôi ăn sớm với thời gian nằm viện

	Nuôi ăn sớm	Thời gian nằm viện trung bình	P
Có	29	8,9	P< 0,05
Không	224	10,2	

Nuôi ăn sớm trong 24 – 48 giờ đầu sau phẫu thuật có thời gian nằm viện trung bình thấp hơn 1.3 ngày so nhóm không được nuôi ăn sớm (P<0,05).

Bảng 6. Liên quan giữa nuôi ăn sớm và tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Nuôi ăn sớm trong 24 – 48 giờ		P
	Có	Không	
Nhiễm trùng vết mổ	0	2	
Rò tiêu hóa	0	1	
Viêm phổi	1	3	P< 0,05
Rối loạn tiêu hóa	1	3	

Nhóm người bệnh được nuôi dưỡng sớm trong có tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn so với nhóm không được nuôi dưỡng sớm (P<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn (CED) trước phẫu thuật là 26.4%. Kết quả này cũng phù hợp với với nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trong cộng đồng và nghiên cứu của tác giả khác về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện [3]. Theo hiệp hội dinh dưỡng lâm sàng Châu Âu (ESPEN) 2006 tỉ lệ suy dinh dưỡng chiếm 20 - 60% bệnh nhân nhập viện. Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tỉ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật

đường tiêu hóa. Dựa vào nghiên cứu một số nước thì tỉ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật nói chung khoảng 50% [2]. Nuôi dưỡng trước 5- 7 ngày phẫu thuật góp phần làm giảm tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh. Dinh dưỡng cho bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa thì thời gian 24 giờ trước phẫu thuật người bệnh không cần phải nhịn ăn mà cho ăn nhẹ, các thực phẩm mềm dễ tiêu hóa hấp thu như cháo sữa, chỉ cho người bệnh nhịn ăn và uống nước đường 1 buổi trước phẫu thuật. Theo hướng dẫn ESPEN 2007 và Hướng dẫn Bộ Y tế về nuôi ăn cho người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa 2015 [4]. Trong số 125 người bệnh được can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật có 21,6% được cung cấp đủ năng lượng; 41,6% được cung cấp 70 - 90%; 18,4% được cung cấp 50 - 70% và 13 trường hợp cung cấp dưới 50% nhu cầu năng lượng (10,4%). Người bệnh được nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa có liên quan tới điều hòa chức năng ruột, giảm được biến chứng nhiễm trùng so với nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, vì thế cần nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật sớm nhất có thể [1],[2]. Theo kết quả nghiên cứu tỉ lệ người bệnh được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 -48 giờ sau phẫu thuật có 29 trường hợp chiếm 11,4%. Giai đoạn 24 – 48 giờ đầu sau phẫu thuật nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn vẫn là chủ yếu (61,9%), tuy nhiên nguồn năng lượng cung cấp trung bình từ tĩnh mạch đạt khoảng 360 kcal do dịch nuôi ăn chủ yếu là đường Glucose. Vì vậy tổng năng lượng cung cấp giai đoạn này là 862 kcal chỉ đạt 45% so với nhu cầu.

Giai đoạn ngày thứ 3 đến ngày thứ 5 sau phẫu thuật nhu động ruột đã có trở lại, người bệnh tỉnh táo hơn, đã có cảm giác đói nhưng vẫn còn chán ăn. Nuôi dưỡng đường tiêu hóa vẫn chưa thể cung cấp đủ nhu cầu năng lượng [4]. Vì thế cần có bổ sung dinh dưỡng tĩnh mạch cho người bệnh để đảm bảo dinh dưỡng. Có 136(53,7%) trường hợp được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tiêu hóa; năng lượng cung cấp đường tiêu hóa trung bình là 1075 kcal/ngày cung cấp 56,8% nhu cầu năng lượng. Vẫn còn 12,6% đang được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch. Năng lượng trung bình cung cấp từ đường tĩnh mạch là 224,7 kcal/ngày chiếm khoảng 11,8% nhu cầu. 84(33.2%) trường hợp nuôi dưỡng kết hợp tiêu hóa và tĩnh mạch. 46,6% được nuôi dưỡng tĩnh mạch giai đoạn này chỉ có 1 trường hợp được nuôi dịch đạm; 20,5% được nuôi bằng dịch 3 thành phần; 25,7% trường hợp còn lại được nuôi bằng đường 5% hoặc 10%, cung cấp trung bình 200kcal/ngày. Giai đoạn hồi phục cần cho người bệnh ăn tăng để hồi phục dinh dưỡng nhanh nhất, giai đoạn này có thể dừng nuôi tĩnh mạch, nuôi ăn tiêu hóa đạt > 70% và tăng dần năng lượng cho đến khi cung cấp đủ nhu cầu [4]. Kết quả năng lượng cung cấp trung bình qua đường tiêu hóa giai đoạn này là 1266 kcal/ngày, cung cấp 67% nhu cầu. 97,6% trường hợp giảm cân sau phẫu thuật, 6 (2,4%) trường hợp cân nặng không thay đổi. Số cân nặng giảm trung bình là 2.27kg/người. Keele (1997) tỉ lệ giảm cân ở người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa là 4.2kg/người.

Cân nặng giảm trung bình ở nhóm cung cấp đủ năng lượng nhu cầu (0,7 kg) thấp hơn nhóm cung cấp < 50% nhu cầu (3,2kg), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<

0,05. Weimann A (2006) bệnh nhân nằm viện có 30 - 90% bị sụt cân trong thời gian điều trị, trong đó tỉ lệ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật là 40 - 50% [5]. Thời gian nằm viện ở nhóm cung cấp đủ năng lượng (8.7 ngày) thấp hơn nhóm cung cấp < 50% nhu cầu năng lượng (12,8 ngày), sự khác biệt có có ý nghĩa thống kê với P < 0,05. Sunqurtekin H (2004) [6] cũng chỉ ra rằng dinh dưỡng kém dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, tăng tỉ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.

Nuôi ăn sớm đường tiêu hóa góp phần làm giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật, giảm biến chứng, giảm tỉ lệ tử vong [7]. Nghiên cứu thời gian nằm viện trung bình thì nhóm được nuôi ăn sớm có thời gian nằm viện trung bình là 8,9 ngày, ít hơn 1.3 ngày so với nhóm không được nuôi dưỡng sớm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Lewiss (2001) thời gian nằm viện trung bình của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa của nhóm được nuôi ăn sớm là 7.6 ngày [1]. Nhóm được nuôi ăn sớm có tỉ lệ biến chứng thấp hơn nhóm không được nuôi dưỡng sớm (P< 0,05), nhóm không được nuôi dưỡng sớm có 9 trường hợp có các biến chứng sau phẫu thuật như rò tiêu hóa, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, rối loạn tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

Dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa đạt 56,6% và sau phẫu thuật đạt 58,7% nhu cầu. Người bệnh sau phẫu thuật được nuôi ăn sớm và cung cấp đủ năng lượng nhu cầu thì hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S (2001).** Early enteral feeding versus (nil by mouth) after gastrointestinal surgery: systematic rview and meta-analysis of contrlled trial. Br Med J, 323:773-776.
2. **Chu Thị Tuyết (2015).** Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai. Đề tài báo cáo khoa học - Bệnh viện Bạch Mai 2013.
3. **Phạm Thu Hương (2006).** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, số 3/2006
4. **Bộ Y tế (2015).** Dinh dưỡng cho bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa. Hướng dẫn điều trị Dinh dưỡng lâm sàng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5517/QĐ -BYT ngày 25 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế) tr 101.
5. **Sturley, Weimann A, Braga M, et al (2006).** ESPEN Guideline on Enteral nutrition: surgery including organ transplantation. Clinical nutrition, 25. 224- 244.
6. **Sunqurtekin H, Sunqurtekin U, (2004).** The Influence of nutrtional status on complications after major intraabdominal surgery. J Am Coll Nutr, 23 (3):227-32.
7. **Lưu Ngân Tâm (2011).** Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan, mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 4, tr 387 - 396.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU MẠN TÍNH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HNĐK NGHỆ AN

Phạm Văn Chung*, Nguyễn Văn Hương* và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thiếu máu mạn tính chi dưới được phẫu thuật tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Nam (88,3%), nữ (11,7%). Tuổi trung bình 73,2 ± 11,1 tuổi. Bệnh nhân vào viện muộn > 2 tháng (71,7%). 40 trường hợp thiếu máu chi giai đoạn III, IV (66,7%). TASC II loại C và D có 16 trường hợp tắc động mạch chủ chậu (88,9%) và 34 trường hợp tắc động mạch đùi khoeo (73,9%). Bắc cầu động mạch đùi – khoeo (58,4%), chủ - đùi (8,3%), đùi - đùi (13,3%). Biến chứng sau mổ 13,3%, không có tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu động mạch là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới tại bệnh viện Hữu nghi Đa khoa Nghệ An.

Từ khóa: Thiếu máu mạn tính chi dưới

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF ARTERY BYPASS SURGERY IN CHRONIC OCCLUSIVE ARTERIAL DISEASES OF LOWER EXTREMITY AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Evaluate the results of artery bypass surgery to treat chronic occlusive arterial diseases of lower extremity. Subjects and **Methods**: Retrospective descriptive study of 60 patients diagnosed with chronic occlusive arterial diseases of lower extremity surgery at the Nghe An General Friendship Hospital from January 2016 to December 2019. **Results:** Male (88.3%), female (11.7%), with an average age of 73.2 ± 11.1 years. Patients hospitalized later than 2 months (71.7%). 40 cases of stage III and IV limb anemia (66.7%). TASC II types C and D had 16 cases of aortic-iliac occlusion (88,9%) and 34 cases of femoral-popliteal (73.9%). Femoral - poplyteal (58.4%), abdominal – femoral (8.3%), femoro-femoral cross-overs (13.3%). Complications is 13,3%, no death. **Conclusions:** Arterial bypass surgery to treat chronic occlusive arterial diseases of lower extremity at Nghe An General Friendship Hospital with good results.

Keywords: chronic occlusive arterial diseases

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới là tình trạng bệnh lý của động mạch chủ và các động mạch chi dưới trong đó lòng động mạch bị hẹp gây giảm tưới máu cơ và các bộ phận liên quan (da, thần kinh) phía hạ lưu. Thiếu máu cơ sẽ dẫn đến chuyển hóa yếm khí, tăng acid lactic gây ra đau, lúc đầu xuất hiện khi gắng sức, về sau, đau cả khi nghỉ ngơi, kèm theo là các biểu hiện thiếu máu cục bộ như loạn dưỡng, loét, hoại tử. Nguyên

**Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Chung
Email: chungphambvna@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

nhân chính của bệnh động mạch chi dưới là do xơ vữa động mạch [1].

Tắc động mạch mạn tính chi dưới là bệnh lý thường gặp, bệnh thường diễn tiến âm thầm và không triệu chứng nên khi bệnh nhân đến khám và điều trị thường là ở giai đoạn muộn. Theo thống kê dịch tễ năm 2015, trên thế giới có đến 200 triệu người mắc bệnh động mạch chi dưới, trong đó trên 30% người trên 80 tuổi mắc bệnh. Mỗi năm có trên 100.000 bệnh nhân cần phải điều trị tái lưu thông mạch máu, trong đó cắt cụt chi chiếm tỉ lệ từ 1 đến 7% tất cả các trường hợp [2;3].

Điều trị tắc mạn tính động mạch chi dưới bằng phương pháp nội khoa, ngoại khoa, can thiệp nội mạch. Phẫu thuật bắc cầu động mạch bằng mạch máu tự thân hoặc đoạn mạch nhân tạo. Phẫu thuật tái lập lưu thông động mạch chi dưới vẫn là phương pháp điều trị chính yếu để cứu sống chi thể và tránh tàn phế cho bệnh nhân.

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An đã điều trị cho nhiều bệnh nhân bị bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới nhưng chưa có công bố nào về kết quả điều trị bệnh lý này. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân mắc bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới vàđánh giá kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thiếu máu mạn tính chi dưới được điều trị phẫu thuật bắc cầu động mạch tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 12 năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, hồi cứu,

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, lý do vào viện, thời gian từ khi khởi phát bệnh cho đến khi vào viện, các yếu tố nguy vơ và bệnh lý kèm theo.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; phẫu thuật; tai biến, biến chứng.

- Kết quả sớm sau phẫu thuật; kết quả trung hạn (6 tháng – 2 năm)

2.3. Thống kê và xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 25.0

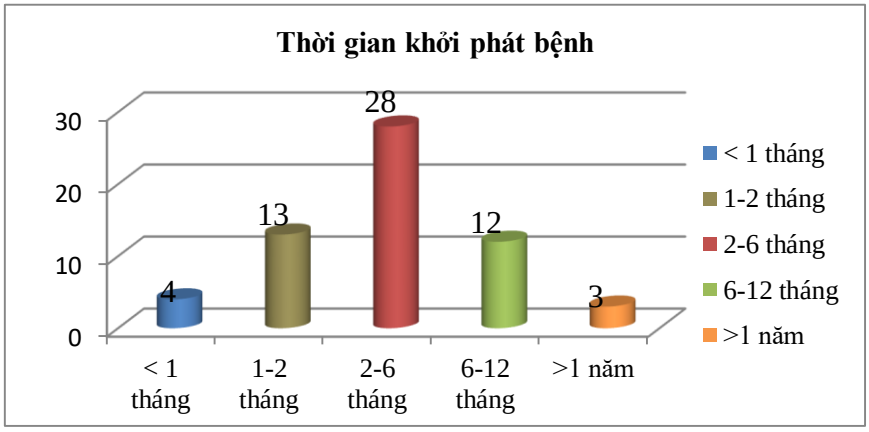
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tỷ lệ nam/ nữ = 9/1. Tuổi trung bình là 73,2 ± 11,1 tuổi

- Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc (73,3%), 60% tăng huyết áp, 25% đái tháo đường, tai biến mạch não 8,3%, căt cụt chi 21,6%, ung thư phổi 1,7%.

- Thời gian khởi phát bệnh



Biểu đồ 3.1. Thời gian khởi phát triệu chứng

Có tới 71,7% đến viện muộn hơn 2 tháng sau khi khởi phát triệu chứng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

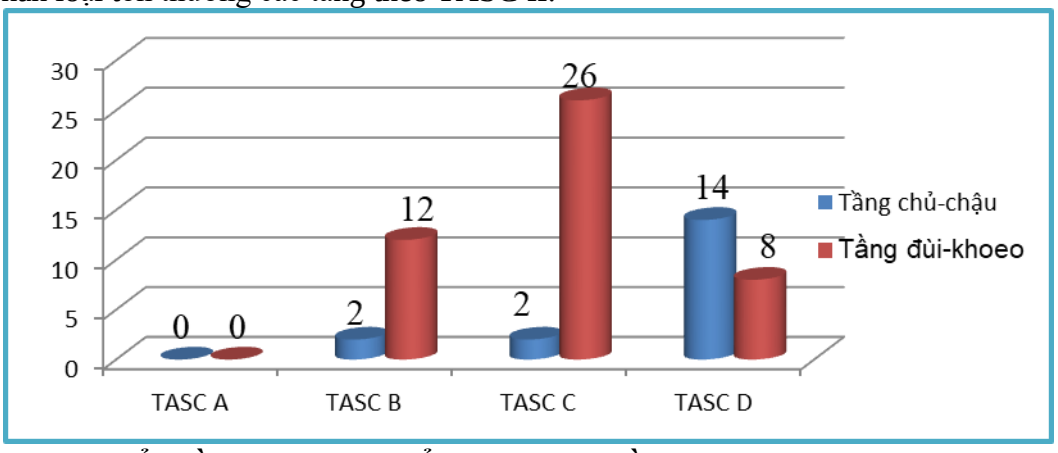
- Phân loại lâm sàng theo Fontane:

Bảng 3.1. Phân loại lâm sàng theo Fontane (n=60)

Giai đoạn lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn II	20	33.3
Giai đoạn III	27	45
Giai đoạn IV	13	21.7
Tổng	**60**	**100**

Có 40 bệnh nhân bị thiếu máu chi ở giai đoạn III và IV (66,7%)

- Phân loại tổn thương các tầng theo TASC II:



Biểu đồ 3.2. Phân loại tổn thương các tầng theo TASC II (n=60)

Tổn thương TASC II loại C và D chiếm tỷ lệ 88,9% cho tầng chủ chậu và 73,9% cho tầng đùi khoeo. Tỷ lệ chung cho cả 2 tầng là 83,3%. Có 4 bệnh nhân tổn thương ít nhất cả hai tầng TASC II loại C hoặc D.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- 100% bệnh nhân đều được siêu âm doppler mạch máu
- 100% bệnh nhân đều được chụp MSCT mạch máu

3.4. Đặc điểm phẫu thuật

- Phương pháp bắc cầu động mạch:

Bảng 2. Phương pháp bắc cầu động mạch (n = 60)

Phương pháp bắc cầu động mạch		(n)	(%)
Chủ - đùi		5	8.3
Đùi – đùi đối bên		8	13.3
Đùi – đùi đối bên + đùi – khoeo		4	6.7
Đùi – khoeo	1 bên	31	51.7
	2 bên	4	6.7
Đùi – chày sau		7	11.7
Nách – đùi + đùi – đùi		1	1.6
Tổng		**60**	**100**

Nhận xét: Hay gặp nhất là cầu nối đùi – khoeo, chiếm 58,4%.

- Vật liệu cầu nối:

Bảng 3. Vật liệu cầu nối sử dụng bắc cầu động mạch (n = 60)

Vật liệu sử dụng	(n)	(%)
Mạch nhân tạo	14	23.3
Mạch tự thân	42	70
Mạch nhân tạo + mạch tự thân	4	6.7
Tổng	**60**	**100**

Vật liệu sử dụng làm cầu nối chủ yếu là mạch máu tự thân (70%).

3.5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng gặp sau mổ là nhiễm trùng (8,3%) và rò bạch huyết (5%). Không có bệnh nhân nào phải cắt cụt chi hoặc tử vong

3.6. Kết quả sau phẫu thuật

Kết quả lâm sàng

Bảng 4. Kết quả lâm sàng (n=60)

Lâm sàng		(n)	(%)
Hết đau		47	78.3
Giảm đau		13	21.7
Không cải thiện		0	0
Bắt mạch	Rõ	60	100
	Không rõ	0	0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân sau mổ bắc cầu động mạch đều bắt được mạch ngoại vi rõ, và đều cải thiện được triệu chứng đau so với trước mổ.

Kết quả siêu âm mạch máu

Tất cả các trường hợp sau mổ được điều trị và theo dõi lâm sàng chặt chẽ, và được chỉ định siêu âm doppler mạch máu kiểm tra lưu thông cầu nối trước khi ra viện, và đều cho kết quả tốt.

3.7. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

- Theo dõi sau 1 tháng:100% trường hợp đều hết triệu chứng đau cách hồi, và siêu âm doppler động mạch cho kết quả lưu thông cầu nối tốt.

- Theo dõi trung hạn (6 tháng – 2 năm): Tử vong 5%, tắc cầu nối 3,4%, nhiễm trùng cầu nối 5%, cắt cụt chi 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 60 trường hợp thiếu máu mạn tính chi dưới cho thấy tuổi trung bình là 73,2 ± 11,1 tuổi, nhỏ nhất 49 tuổi, lớn nhất 95 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là > 70 tuổi (50%). Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh ĐM chi dưới càng lớn và mức độ của bệnh ĐM chi dưới càng nặng. Bệnh ĐM chi dưới hiếm khi xuất hiện trước 50 tuổi, và từ những năm 60 đến 70 của cuộc đời, tỷ lệ mắc bệnh ĐM chi dưới tăng trên 10% cho mỗi 10 năm [4]. Việc điều trị cho các bệnh nhân tuổi cao làm quá trình chẩn đoán, điều trị và chăm sóc sau điều trị trở nên khó khăn hơn.

Bệnh nhân chủ yếu là nam giới, tỷ lệ nam/nữ (9/1) cho thấy có sự khác biệt giữa tỷ lệ người mắc bệnh của chúng tôi và các tác giả nước ngoàivề tỷ lệ mắc bệnh ĐM chi dưới, lý do ở đây là thói quen hút thuốc của nam giới Việt Nam cao hơn rất nhiều lần so với nữ giới [2,5].

Nghiên cứu của Bui TV (2015) có tới 74,9% nam giới từng hút thuốc, trong khi đó tỷ lệ này ở nữ chỉ có 2,6% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tất cả bệnh nhân nữ đều không hút thuốc, có tới 73,3% nam giới có tiền sử hút thuốc. Hút thuốc là yếu tố nguy cơ lớn nhất của bệnh động mạch chi dưới. Theo Michael H. Criqui thì hút thuốc lá làm tăng nguy cơ của bệnh động mạch chi dưới lên từ 2 đến 3 lần so với không hút thuốc [4].

Có tới 60% trường hợp có tăng huyết áp kèm theo. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay hậu quả của bệnh động mạch chi dưới. Trong bệnh lý này, việc thành mạch bị tổn thương, vôi hóa, vữa xơ làm tăng sức cản thành mạch, mất khả năng chun giãn sẽ làm tăng huyết áp tâm thu và không ảnh hưởng hoặc ít ảnh hưởng đến huyết áp tâm trương.

Có 25% bị bệnh động mạch chi dưới có mắc đái tháo đường. Đái tháo đường được xem là yếu tố nguy cơ đứng thứ hai trong bệnh động mạch chi dưới, đặc điểm chung của các BN này là tổn thương mạch máu lan tỏa ở tất cả các mạch của chi dưới, tổn thương gặp ở tất cả các tầng, mức độ tổn thương nặng và lan tỏa.

Giai đoạn lâm sàng theo phân loại Fontaine: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu vào viện khi đã có triệu chứng lâm sàng, trong đó có 33,3% trường hợp thiếu máu chi ở giai đoạn II, 36,7% trường hợp ở giai đoạn III và 30% trường hợp ở giai đoạn IV. Chẩn đoán tắc động mạch chi dưới thường không khó ở giai đoạn muộn, tuy nhiên ở giai đoạn sớm cần các phương tiện hỗ trợ. ABI là chỉ số rất có giá trị trong tầm soát hẹp động mạch chi dưới ở giai đoạn sớm và đặc biệt để đánh giá hiệu quả điều trị.

Phân loại tổn thương theo TASC II: Theo kết quả biểu đồ 3.3, cho thấy cả hai tầng chủ chậu và đùi khoeo đều không có trường hợp nào tổn thương TASC II loại A; tổn thương tầng chủ chậu chỉ có 2 trường hợp TASC II loại B, còn lại là tổn thương TASC II loại C và D chiếm tỷ lệ 88,9%. Tổn thương tầng đùi khoeo TASC II loại B là 26,1%, loại C và D

là 73,9%. Tỷ lệ tổn thương TASC II loại C và D chung cho cả 2 tầng là 83,3%. Trong đó có 4 trường hợp có tổn thương ít nhất cả hai tầng TASC loại C hoặc D. Các bệnh nhân có tổn thương nhiều tầng mạch máu, việc phục hồi lưu thông mạch máu cho những bệnh nhân này đòi hỏi phải đa tầng, xử trí cùng một lúc là khó khăn trong quyết định phương án điều trị, cần phối hợp nhiều phương pháp mới đảm bảo kết quả điều trị lâu dài được tốt.

Đặc điểm cận lâm sàng: Tất cả các trường hợp có triệu chứng thiếu máu mạn tính chi dưới vào viện đều được chúng tôi cho làm siêu âm doppler mạch máu và chụp CLVT 64 dãy có dựng hình động mạch. Có 6 trường hợp tắc động mạch chủ- chậu, trước phẫu thuật chúng tôi chỉ định chụp DSA mạch vành kiểm tra, kết quả mạch vành chỉ bị tổn thương xơ vữa, hẹp nhẹ, đủ điều kiện để tiến hành phẫu thuật.

Tắc động mạch chủ bụng là tổn thương ít gặp nhưng điều triphức tạp. đa số các trường hợp tắc động mạch chủ bụng có tổn thương động mạch chậu đùi với nhiều mức độ khác nhau, các tác giả chia hẹp động mạch chủ thành 3 type [8]: Type I tổn thương khu trú tại động mạch chủ bụng và động mạch chậu gốc; Type II tổn thương lan rộng tới động mạch chậu ngoài, nhưng không có tổn thương động mạch đùi; Type III tổn thương toàn bộ hệ động mạch chi dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 5 trường hợp tắc động mạch chủ bụng type II, 1 trường hợp tắc động mạch chủ bụng typ III, trong đó có 2 trường hợp tắc động mạch chủ bụng ngang mức động mạch thận.5 trường hợp được phẫu thuật bắc cầu chủ - đùi hai bên (8,3%). Phẫu thuật bắc cầu chủ chậu, chủ đùi là những phẫu thuật nặng nề, cần gây mê nội khí quản, phải can thiệp vào ổ bụng, cuộc mổ kéo dài cần sử dụng nhiều thuốc giãn cơ. Vấn đề gây mê hồi sức ở bệnh nhân già yếu, có bệnh lý mạch vành, mạch cảnh, tăng huyết áp và đái tháo đường là một khó khăn, thách thức. Chúng tôi lựa chọn phẫu thuật này đối với nhóm bệnh nhân có thể trạng chung tốt, không có bệnh lý phối hợp nặng.

Phẫu thuật cầu nối động mạch nách - đùi là phương pháp được chọn cho những trường hợp thể trạng bệnh nhân kém có nguy cơ cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp phải tiến hành phẫu thuật cầu nối này. Đây là bệnh nhân nam, 68 tuổi bị tắc động mạch chủ bụng typ II, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, thể trạng gầy yếu suy kiệt, vào viện vì đau hai chi dưới thường xuyên, không đi lại được, trong quá trình điều trị phát hiện bệnh lý u phổi kèm theo, sinh thiết carcinoma tuyến.

Có 8 trường hợp được bắc cầu nối đùi – đùi đối bên, chiếm 13,3%. Cầu nối đùi đùi được áp dụng cho một số trường hợp có tổn thương TASC II loại C và D mà có các yếu tố nguy cơ cao như tuổi cao, thể trạng yếu, mắc nhiều bệnh phối hợp... Phương pháp phẫu thuật này có thể áp dụng gây tê vùng để hạn chế tối đa các tai biến liên quan đến gây mê hồi sức, thời gian của phẫu thuật không quá lâu do các mạch máu đều nằm ở nông, kỹ thuật thực hiện không quá khó và phẫu thuật này chỉ cần bộc lộ ĐM đùi chung hai bên, và tạo đường hầm cầu nối dưới da ngay trên xương mu. Phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi – khoeo hay gặp nhất (58,4%);

trong đó có 4 trường hợp tổn thương cả hai chân được thực hiện trong cùng một cuộc mổ. Vị trí đầu trên cầu nối là động mạch đùi chung, vị trí đầu dưới cầu nối là động mạch khoeo trên gối. Có 11,7% trường hợp phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi - chày sau. Có 6,7% trường hợp được tiến hành phẫu thuật phối hợp hai cầu nối là bắc cầu đùi – đùi đối bên + đùi – khoeo. Đây là các trường hợp có tổn thương ít nhất cả hai tầng TASC II loại C và D. Kết quả của nghiên cứu Đỗ Kim Quế (2016) với 9,7% cầu nối chủ - đùi, 6,5% cầu nối đùi – đùi, 17,7% cầu nối đùi – khoeo, 16,1% đùi –chày sau [9].

Tất cả các bệnh nhân sau mổ bắc cầu động mạch được thăm khám lâm sàng, bắt được mạch ngoại vi rõ, chúng tôi khuyến cáo bệnh nhân ngồi dậy vào ngày thứ 2 sau mổ và tập vận động đi lại vào ngày thứ 3, và đều cải thiện được triệu chứng đau so với trước mổ, cụ thể có 78,3% trường hợp hết dấu hiệu đau cách hồi, và 21,7% trường hợp được hỏi thì trả lời giảm rõ rệt triệu chứng đau.

Tất cả các trường hợp được chỉ định siêu âm doppler mạch máu kiểm tra lưu thông cầu nối trước khi ra viện, và đều cho kết quả tốt.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 13,8% trường hợp có biến chứng chung sau phẫu thuật, trong đó 8,3% trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 5% trường hợp bị rò bạch huyết. Các trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ trên lâm sàng có tụ dịch và tấy đỏ quanh vết mổ, chúng tôi đã tiến hành lấy dịch vết mổ nuôi cấy, cho kết quả âm tính, không ảnh hưởng đến cầu nối. Điều trị nội khoa, thay băng vết mổ hàng ngày, diễn biến ổn định. Rò bạch huyết sau mổ gặp 5%, đây là các trường hợp mổ bắc cầu nối đùi đùi. Chúng tôi điều trị nội khoa và băng ép, sau vết mổ tự liền sau 7 đến 10 ngày. Nghiên cứu của Đỗ Kim Quế có 14,5% trường hợp biến chứng sau mổ [9], nhiễm trùng vết mổ 8,1%, 3 trường hợp tắc mạch phải cắt cụt chi.

Tất cả 60 trường hợp ra viện đều được chúng tôi kê đơn thuốc, hẹn khám sau 1 tháng tại phòng khám chuyên khoa phẫu thuật tim mạch lồng ngực, kết quả không có trường hợp nào tử vong sớm trong vòng 30 ngày sau mổ, tất cả các trường hợp đều cho thấy cải thiện rõ tệt hoàn toàn về triệu chứng, siêu âm doppler động mạch cho kết quả lưu thông cầu nối tốt.

Trong quá trình theo dõi, hẹn tái khám theo kế hoạch, chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp tử vong, đều do các bệnh lý khác. Có 3 trường hợp bị nhiễm trùng cầu nối đều chỉ định mổ lại và được xử lý nhiễm trùng triệt để và được xuất viện trong tình trạng sức khỏe tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Các trường hợp còn lại hiện còn sống và không ghi nhận biến chứng mạch máu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bắc cầu động mạch là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, các triệu chứng lâm sàng cải thiện tốt, mạch ngoại vi rõ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Hương, Nguyễn Tuấn Hải và tiểu ban mạch máu (2010).** Khuyến cáo 2010 của hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điềutrị bệnh động mạch chi dưới. Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạchvà chuyển hóa,

2. **Jongkind V., Akkersdijk G. J., Yeung K. K. & Wisselink W. (2010),** "A systematic review of endovascular treatment of extensive aortoiliac occlusive disease", J Vasc Surg, 52(5): pp.1376-1383.
3. **Klein A. J., Feldman D. N., Aronow H. D., Gray B. H., Gupta K., Gigliotti O. S., et al. (2014),** "SCAI expert consensus statement for aorto-iliac arterial intervention appropriate use", Catheter Cardiovasc Interv, 84(4): pp.520-528
4. **Michael H. Criqui and Victor Aboyans (2015).** Epidemiology of Peripheral Artery Disease. Circulation Research April 24, Volume 116, Issue 9
5. **Robert s. Crawford, David C. Brewster (2014).** Direct Surgical Repair of Aortoiliac Occlusive Disease. Atlas of Vascular Surgery and Endovascular Therapy - Anatomy and Technique 1E Elsevier Saunder, 350 -361. 49. David C. Brewste
6. **Bui TV, Blizzard L, Luong KN et al (2015).** Declining Prevalence of Tobacco Smoking in Vietnam. Nicotine Tob Res, 17(7), 831-8
7. **Bernstein J, Esterhai JL, Staska M et al (2008).** The prevalence of occult peripheral arterial disease among patients referred for orthopedic evaluation of leg pain. Vasc Med, 13(3), 235-8
8. **David C. Brewster (2012),** Aortoiliac Occlusive Disease, Haimovici's Vascular Surgery, Blackwell Publishing Ltd, USA.
9. **Đỗ Kim Quế, Nguyễn Anh Trung, Trần Thị Mỹ Liên (2016),** "Đánhgiá kết quả phẫu thuật phục hồi lưu thông động mạch chi dưới", Y học TP. Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 20, số 6, tr. 89 – 96.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI DÂN NHÓM TUỔI 40-49 TẠI 2 XÃ THUỘC THÀNH PHỐ THÁI BÌNH NĂM 2018

Vũ Việt Trung[1], Đặng Bích Thủy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp ở người dân nhóm tuổi 40-49 tại 2 xã thuộc thành phố Thái Bình năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với cỡ mẫu là 400 người dân nhóm tuổi 40-49 tại 2 xã thuộc thành phố Thái Bình từ tháng 9/2018 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** có 47,2% người mắc tiền tăng huyết áp, một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp như sau: Nam giới (OR= 2,14, $CI_{95\%}$ = 1,13-4,05), tiền sử gia đình có người tăng huyết áp (OR= 1,71, $CI_{95\%}$ = 1,01-2,91), hút thuốc lá/lào (OR= 2,09, $CI_{95\%}$ = 1,01-4,33), thói quen ăn mặn (OR= 1,25, $CI_{95\%}$ = 1,09-2,22). **Kết luận:** Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan rõ rệt về tuổi, nghề nghiệp, uống bia/rượu, thói quen ăn nhiều mỡ động vật và ít hoạt động thể lực.

Từ khóa: Tiền tăng huyết áp, yếu tố liên quan, Thái Bình

SUMMARY

SEVERAL RELATED FACTORS OF PRE-HYPERTENSION AMONG PEOPLE AGED 40-49 YEARS AT TWO COMMUNES IN THAIBINH CITY 2018

Objectives: Identify related factors of pre-hypertension among people aged 40-49 years at two communes in Thai Binh city 2018. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted among 400 individuals aged 40-49 years at two communes in Thai Binh city from September 2018 to December 2018. **Results:** The prevalence of prehypertension was 47.2%. Several significant factors of prehypertension were: male (OR: 2.14, $CI_{95\%}$: 1.13-4.05), history of family with hypertension (OR: 1.71, $CI_{95\%}$: 1.01-2.91), smoking cigarettes (OR: 2.09, $CI_{95\%}$: 1.01-4.33) and salty eating habits (OR: 1.25, $CI_{95\%}$: 1.09-2.22), respectively. **Conclusions:** No significant association was found between prehypertension with age group, occupation, drink alcohol, eat a lot of animal fat and insufficient physical activity, respectively.

Keywords: Prehypertension, related factors, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh tim mạch, là một trong các bệnh được WHO quan tâm vì bệnh vừa có tính chất thời sự, tính xã hội - cộng đồng, do đặc tính ảnh hưởng đến tuổi thọ, sức lao động, tỷ lệ tàn phế có tốc độ tăng hàng năm [2],[5],[6]. Tại Việt Nam, tỷ lệ THA đang tăng nhanh. THA đứng thứ 6 trong 10 bệnh thường đến bệnh viện và xếp thứ 4 trong những nguyên nhân gây tử vong [2].

Bên cạnh vấn đề THA thì huyết áp hơi cao được gọi là tiền THA (prehypertension).

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Việt Trung
Email: viettrung17b9@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Tiền THA là áp lực tâm thu 120-139 mmHg hoặc áp lực tâm trương 80-89mm Hg. Tiền THA có thể sẽ chuyển thành bệnh THA nếu không làm thay đổi lối sống, chẳng hạn như bắt đầu tập thể dục và ăn uống lành mạnh...

Cách duy nhất để phát hiện tiền THA là theo dõi huyết áp. Tiền THA và THA đều làm tăng nguy cơ đau tim, đột quỵ và suy tim. Để phòng bệnh, cần thiết phải thay đổi lối sống lành mạnh, kiểm tra huyết áp thường xuyên.

Tại Thái Bình, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, các bệnh liên quan tới thay đổi lối sống tăng lên trong đó có tiền THA là vấn đề y tế đáng quan tâm. Nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiền THA, làm cơ sở cho công tác y tế trong thời gian tới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu nghiên cứu là tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp ở người dân 40-49 tuổi tại 2 xã thuộc thành phố Thái Bình, năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: xã Đông Mỹ và xã Vũ Chính, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu: Người dân trong độ tuổi từ 40 đến 49 tuổi.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2018 đến tháng 12/2018.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

3. Chọn mẫu, cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính bằng công thức: $n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{p(1-p)}{d^2}$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu có thể cho ước lượng tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp ở người dân; 1-α/2: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng α = 0,05; p: tỷ lệ người dân mắc tiền THA, được lấy bằng 0,403; d: Sai số mong muốn, có giá trị bằng 0,05. Cỡ mẫu được xác định là 400 người.

Cách chọn đối tượng: Tại 2 xã được chọn, tiến hành chọn ngẫu nhiên mỗi xã 3-5 thôn, tại mỗi thôn tiến hành điều tra toàn bộ số người từ 40-49 tuổi hiện có mặt tại thời điểm nghiên cứu sao cho đủ cỡ mẫu theo tính toán. Mỗi đối tượng được chọn sẽ được cộng tác viên y tế thôn gửi giấy mời đến Trạm y tế xã để đo huyết áp và phỏng vấn.

4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu:

- Đo huyết áp (Theo hướng dẫn của Bộ Y tế): Chẩn đoán người dân có huyết áp bình thường, tiền tăng huyết áp hoặc tăng huyết áp theo JNC VII. Trong đó, người dân mắc tiền tăng huyết áp khi huyết áp từ 120/80 mmHg đến 139/89 mmHg.

- Phỏng vấn trực tiếp người dân về một số thông tin theo mẫu phiếu đã được chuẩn bị trước. Cán bộ tham gia nghiên cứu được tập huấn thống nhất về cách hỏi và ghi chép thông tin.

5. Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 21.0 trong thống kê, phân tích kết quả nghiên cứu. Số liệu được trình bày dưới dạng số lượng, tỷ lệ %, tìm hiểu yếu tố liên quan bằng giá trị OR với $CI_{95\%}$.

6. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu không gây bất kỳ một ảnh hưởng gì đến sức khỏe của người dân. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích lý do và toàn quyền từ chối khi không muốn tham gia. Các thông tin của đối tượng được hoàn toàn giữ bí mật và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố huyết áp của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	124	31,0
Tiền tăng huyết áp	189	47,2
Tăng huyết áp	87	21,8

Kết quả bảng 1 cho thấy, tỷ lệ tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp của các đối tượng lần lượt là 47,2% và 21,8%. Có 31,0% đối tượng có huyết áp bình thường.

Bảng 2. Liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi với tiền tăng huyết áp (n=313)

Đặc điểm		Huyết áp				OR (CI 95%)	p
		Tiền THA		Bình thường			
		SL	%	SL	%		
Giới	Nam	43	74,1	15	25,9	2,14 (1,13 - 4,05)	<0,05
	Nữ	146	57,3	109	42,7		
Tuổi	40 – 45	85	59,9	57	40,1	0,96 (0,61 - 1,51)	>0,05
	>45	104	60,8	67	39,2		

Kết quả bảng 2 cho thấy, có mối liên quan giữa giới tính và tình trạng tiền tăng huyết áp. Nam giới có nguy cơ mắc tiền tăng huyết áp cao gấp 2,14 lần so với nữ giới với OR = 2,14; CI 95% (1,13 – 4,05). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi của đối tượng với tiền tăng huyết áp với OR = 0,96; $CI_{95\%}$ (0,61 – 1,51).

Bảng 3. Liên quan giữa loại hình lao động và tiền tăng huyết áp (n=313)

Loại hình lao động	Huyết áp				OR (CI 95%)	p
	Tiền THA		Bình thường			
	SL	%	SL	%		
Lao động trí óc	57	64,0	32	36,0	1,24 (0,75 - 2,06)	>0,05
Lao động chân tay	132	58,9	92	41,1		

Kết quả bảng 3 cho thấy, chưa có mối liên quan rõ rệt giữa loại hình lao động và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 1,24; $CI_{95\%}$ (0,75 – 2,06).

Bảng 4. Liên quan giữa tiền sử gia đình với tiền tăng huyết áp (n=313)

Tiền sử gia đình		Huyết áp				OR (CI 95%)	p
		Tiền THA		Bình thường			
		SL	%	SL	%		
Có người THA	Có	59	69,4	26	30,6	1,71 (1,01 - 2,91)	<0,05
	Không	130	57,0	98	43,0		
Có người tử vong do bệnh tim mạch	Có	11	84,6	2	15,4	3,77 (0,82 - 17,3)	>0,05
	Không	178	58,3	122	40,7		

Qua bảng 4 cho thấy, có mối liên quan giữa vấn đề có người trong gia đình mắc tăng huyết áp với tình trạng mắc tiền tăng huyết áp. Những người có người trong gia đình mắc tăng huyết áp có nguy cơ mắc tiền tăng huyết áp cao gấp 1,71 lần những người không có người nhà mắc tăng huyết áp, với OR = 1,71; $CI_{95\%}$ (1,01 – 2,91). Đồng thời, qua kết quả cũng cho thấy, chưa thấy mối liên quan rõ rệt giữa vấn đề tiền sử gia đình của đối tượng có người tử vong vì bệnh tim mạch và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 3,77; $CI_{95\%}$ (0,82 – 17,3).

Bảng 5. Liên quan giữa hút thuốc, uống bia rượu với tiền tăng huyết áp (n=313)

Biến số		Huyết áp				OR (CI 95%)	p
		Tiền THA		Bình thường			
		SL	%	SL	%		
Hút thuốc lá/lào	Có	32	74,4	11	25,6	2,09 (1,01 – 4,33)	<0,05
	Không	157	58,1	113	41,9		
Uống rượu bia	Có	58	61,7	36	38,3	1,08 (0,66 – 1,78)	>0,05
	Không	131	59,8	88	40,2		

Qua bảng 5 cho thấy, có mối liên quan giữa hút thuốc và tiền THA. Những người đã hoặc đang hút thuốc có nguy cơ mắc tiền THA cao gấp 2,09 lần những người chưa từng hút thuốc với OR = 2,09, $CI_{95\%}$ (1,01 – 4,33), không có mối liên quan rõ rệt giữa tình trạng uống rượu/bia với tiền tăng huyết áp với OR = 1,08; $CI_{95\%}$ (0,66 – 1,78).

Bảng 6. Liên quan giữa thói quen ăn uống với tiền tăng huyết áp (n=313)

Biến số		Huyết áp				OR (CI 95%)	p
		Tiền THA		Bình thường			
		SL	%	SL	%		
Thói quen ăn mặn	Có, thường xuyên	40	64,5	22	35,5	1,25 (1,09 – 2,22)	<0,05
	Không	149	59,4	102	40,6		
Ăn nhiều mỡ động vật	Có, thường xuyên	16	55,2	13	44,8	0,79 (0,37 – 1,71)	>0,05
	Không	173	60,4	124	39,6		

Kết quả bảng 6 cho thấy, có mối liên quan giữa ăn mặn thường xuyên và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 1,25; $CI_{95\%}$ (1,09 – 2,22), không có mối liên quan giữa ăn nhiều mỡ động vật với tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 0,79, $CI_{95\%}$ (0,37- 1,71).

Bảng 7. Liên quan giữa hoạt động thể lực với tiền tăng huyết áp (n=313)

Hoạt động thể lực	Huyết áp				OR (CI 95%)	p
	Tiền THA		Bình thường			
	SL	%	SL	%		
Không	88	59,5	60	40,5	0,93 (0,59 – 1,46)	>0,05
Có, thường xuyên	101	61,2	64	38,8		
Tổng	189	60,4	124	39,6		

Kết quả bảng 7 cho thấy, không có mối liên quan giữa hoạt động thể lực và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 0,93, $CI_{95\%}$ (0,59 – 1,46).

IV. BÀN LUẬN

Tiền tăng huyết áp hầu hết là không rõ nguyên nhân, một số yếu tố góp phần gây tiền tăng huyết áp cũng như bệnh tăng huyết áp không có biện pháp tác động, ngăn ngừa được như tuổi tác, chủng tộc, tiền sử gia đình nhưng bên cạnh đó, có nhiều yếu tố khác có thể kiểm soát, hạn chế nhằm giảm nguy cơ tiền tăng huyết áp và mắc bệnh tăng huyết áp như sử dụng thuốc lá và rượu, ăn mặn hay ít vận động... [1],[3],[8].

Với một số yếu tố nguy cơ không can thiệp được như tuổi, giới, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có mối liên quan giữa giới tính và tình trạng tiền tăng huyết áp. Nam giới có nguy cơ mắc tiền tăng huyết áp cao gấp 2,14 lần so với nữ giới với OR = 2,14; $CI_{95\%}$ (1,13 – 4,05). Kết quả không có mối liên quan giữa nhóm tuổi của đối tượng với tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 0,96; $CI_{95\%}$ (0,61 – 1,51) .

Nhiều nghiên cứu khác đã cho thấy, tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng nhiều, do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi và trở nên cứng hơn vì thế làm cho huyết áp tâm thu tăng cao hơn còn gọi là THA tâm thu đơn thuần [1], [7].

Về yếu tố tiền sử gia đình có người bị THA: Theo thống kê của nhiều tác giả cho thấy bệnh THA có yếu tố di truyền [2],[7],[8]. Trong gia đình nếu ông, bà, cha, mẹ bị bệnh THA thì con cái có nguy cơ mắc bệnh này nhiều hơn. Vì vậy, chúng tôi khuyến cáo rằng những người mà tiền sử gia đình có người thân bị THA càng cần phải cố gắng loại bỏ các yếu tố nguy cơ. Như vậy mới có thể phòng tránh được bệnh THA. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, có mối liên quan giữa vấn đề có người trong gia đình mắc tăng huyết áp với tình trạng mắc tiền tăng huyết áp. Những người có người thân trong gia đình mắc tăng huyết áp có nguy cơ mắc tiền tăng huyết áp cao gấp 1,711 lần những người không có người nhà mắc tăng huyết áp, với OR = 1,711; $CI_{95\ \%}$ (1,01 – 2,91), p<0,05. Bên cạnh đó kết quả cũng cho thấy, không có mối liên quan giữa vấn đề tiền sử gia đình của đối tượng có người chết vì bệnh tim mạch và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 3,77; $CI_{95\%}$ (0,82 – 17,3) (p>0,05)

Về các yếu tố nguy cơ can thiệp được như nghề nghiệp, chế độ ăn uống, rèn luyện thể lực, hút thuốc lá... Trong nghiên cứu này đã cho thấy: không có mối liên quan giữa loại hình lao động (nghề nghiệp) và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 1,24; $CI_{95\%}$ (0,75 – 2,06). Sở dĩ có kết quả này có lẽ là do trong nghiên cứu của chúng tôi làm tại địa điểm là vùng nông thôn, nên việc phân chia nghề nghiệp lao động trí óc hay lao động chân tay không được rõ ràng, điều này có thể làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Trong thuốc lá, thuốc lào có nhiều chất độc hại đặc biệt có chứa Nicotine là chất gây kích thích lên hệ thần kinh giao cảm làm co mạch và gây tăng huyết áp, nhiều nghiên cứu đã cho thấy hút một điếu thuốc lá có thể làm tăng huyết áp tâm thu lên tới 11mmHg và huyết áp tâm trương lên 9mmHg và kéo dài trong 20-30 phút [7]. Một trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp ở nam giới đó là hút thuốc lá/lào. Khi tìm hiểu về mối liên quan giữa hút thuốc, uống bia/rượu và tiền tăng huyết áp, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, những người đã hoặc đang hút thuốc có nguy cơ mắc tiền THA cao gấp 2,09 lần những người chưa từng hút thuốc với OR = 2,09, $CI_{95\%}$ (1,01 – 4,33), chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng uống rượu/bia với tiền tăng huyết áp với OR = 1,08; $CI_{95\%}$ (0,66 - 1,78).

Chế độ ăn nhiều Natri (muối) có thể làm tăng huyết áp. Một chế độ ăn ít Natri giúp giảm hoặc ngăn chặn tăng huyết áp [1],[8]. Về mối liên quan giữa thói quen ăn mặn và tiền tăng huyết áp, kết quả của chúng tôi cho thấy, không có mối liên quan giữa ăn mặn và tình trạng tiền tăng huyết áp với OR = 1,25; $CI_{95\%}$ (1,09 - 2,22), p<0,05).

Tiền THA thường không gây ra dấu hiệu hay triệu chứng gì và tiến triển thành tăng huyết áp khá nhanh, vì vậy tiền THA còn được gọi là "Kẻ giết người thầm lặng". Để phòng bệnh, mỗi người cần có một lối sống lành mạnh: Làm việc khoa học; nghỉ ngơi hợp lý; ăn uống điều độ, hạn chế sử dụng nhiều chất béo, hạn chế sử dụng các chất kích thích như rượu bia, cà phê, thuốc lá; tập thể dục thường xuyên... có như vậy mới làm chậm quá trình lão hóa và gián tiếp phòng bệnh THA.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp như sau:

- Nam giới (OR= 2,14, $CI_{95\%}$ = 1,13 - 4,05).
- Tiền sử gia đình có người tăng huyết áp (OR= 1,71, $CI_{95\%}$ = 1,01 - 2,91).
- Hút thuốc lá/lào (OR= 2,09, $CI_{95\%}$ = 1,01 - 4,33).
- Thói quen ăn mặn (OR= 1,25, $CI_{95\%}$ = 1,09 - 2,22).
- Chưa tìm thấy mối liên quan rõ rệt về tuổi, nghề nghiệp, uống bia/rượu, thói quen ăn nhiều mỡ động vật và ít hoạt động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Dương Thị Hồng, Phan Trọng Lân (2016)**, Thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013, Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXVI, số 4 (177) 2016
2. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt và cs (2003),** "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001-2002", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, (33), Hà Nội. Tr.9-34.
3. **Thạch Nguyễn (2007),** Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. Nhà xuất bản Y học, tr 31-78.
4. **Nguyễn Hữu Tước (2014),** Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân trên 25 tuổi sinh sống tại phường Trang Hạ thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh, Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXIV, số 1 (149) 2014, trang 80-85.
5. **Brenda Goodman, MA (2011),** Even Slightly High Blood Pressure Is Associated With Significant Stroke Risk; WebMD Health News
6. **Chrysohoou C, Pitsavos C, Panagiotakos DB, Skournas J, Stefanadis C (2004),** Association between prehypertension status and inflammatory markers related to atherosclerotic disease: the ATTICA Study. Am J Hypertens. 2004;17:568–573.
7. **Laura P. Svetkey (2005),** Management of Prehypertension, https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000167152.98618.4b Hypertension. 2005;45:1056–1061
8. **WHO (2013),** A global brief on Hypertension; 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỈ SỐ HUYẾT HỌC, HÓA SINH Ở BỆNH NHÂN LƠ XÊ MI CẤP ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Thị Hiếu*, Dương Đình Chỉnh, Nguyễn Thị Loan Anh*, Nguyễn Văn Nhân***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lơ xê mi cấp là nhóm bệnh máu ác tính đặc trưng bởi sự tăng sinh của dòng tế bào non kém biệt hóa gây nên các biểu hiện lâm sàng nặng nề, bệnh diễn tiến nhanh, nguy hiểm nên việc chẩn đoán sớm dựa trên sự thay đổi lâm sàng và chỉ số cận lâm sàng là cần thiết để giảm thiểu tử vong ở người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi chỉ số Huyết học- Hóa sinh cơ bản ở bệnh nhân lơ xê mi cấp được chẩn đoán lần đầu, mối tương quan giữa các chỉ số với nhóm đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Người bệnh vào viên được chẩn đoán lơ xê mi cấp lần đầu. Mô tả cắt ngang, hồi cứu. **Kết quả:** Người bệnh lơ xê mi cấp có tuổi trung bình 51,62, nam nhiều hơn nữ, 100% người bệnh có biểu hiện thiếu máu với Hb trung bình 71,45 g/L, Số lượng bạch cầu trung bình 19,17 G/l, bạch cầu hạt trung tính 2,02 G/L, bạch cầu lympho trung bình 1,1 G/L, Nồng độ Urê, Creatinin, SGOT, SGPT thường bình thường. **Kết luận:** Người bệnh leucemia cấp thường có biểu hiện thiếu máu (100%), bạch cầu tăng và tiểu cầu giảm. Chỉ số sinh hóa thay đổi không đáng kể. Huyết tủy đồ là xét nghiệm quyết định chẩn đoán.

Từ khóa: lơ xê mi cấp, thiếu máu.

**Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An*
***Sở Y tế Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hiếu
Email: bsminhhieutran@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATION OF THE HAEMATOLOGICAL AND BASIC BIOCHEMICAL CHANGES IN PATIENTS WITH ACUTE LEUKEMIA FIRST DIAGNOSED IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Background: Acute leukemia is a malignant blood disease group characterized by proliferation of poorly differentiated young cell lines causing severe clinical manifestations, rapid progression and danger of diagnosis. Early diagnosis based on clinical changes and subclinical indicators are necessary to reduce mortality rates. **Objectives:** To evaluate the haematological and basic biochemical changes in patients with acute leukemia first diagnosed, the correlation between the indicators and the study subjects. **Subjects and methods:** Patients who were diagnosed with acute leukemia for the first time. Cross-sectional study and retrospective study. **Results:** The average age of acute leukemia patients is 51.62, the number of men are more than women, 100% of patients show anemia with average Hb 71.46 g/L, the average number of leukocytes 2.02 G/L, granulocytes neutral 2.02 G/L, average lymphocytes 1.1 G/L, Urea and creatinine, SGOT, SGPT index are nomal. **Conclusions:** Hemogram changes in patients with acute leukemia is very important for the clinician to orient and make a diagnosis early. Acute leukemia often present with anemia (100%), increased white blood cells and

decreased platelets. Urea and creatinine, SGOT, SGPT index changes but not significantly. Myelogram is a decisive test to diagnose although.

Keywords: leukemia, anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ xê mi cấp hay còn gọi là bệnh bạch cầu là bệnh ung thư các mô tạo máu của cơ thể bao gồm tủy xương và hệ bạch huyết. Tại Việt Nam Lơ xê mi cấp chiếm khoảng 21% các bệnh lý tạo máu. Bệnh có thể xuất hiện tiên phát hoặc thứ phát sau các bệnh lý ác tính khác, sau điều trị hóa trị liệu. Tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An Lơ xê mi cấp chiếm tỷ lệ khoảng 11,6% các bệnh lý hệ tạo máu và cơ quan tạo máu. Bệnh lý này đặc trưng bởi sự tăng sinh mạnh nhưng không biệt hóa hoặc biệt hóa bất thường của các tế bào tạo máu đầu dòng, tạo nên sự tích lũy những tế bào này trong tủy xương, gây ức chế sự tạo máu bình thường và sự thâm nhiễm các cơ quan tổ chức ngoài tủy xương. Bệnh nhân vào viện với những biểu hiện nặng, thường diễn tiến nhanh,tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng nguy hiểm. Với y học hiện nay, điều trị lơ xê mi cấp đã đạt nhiều khả quan, kéo dài thời gian sống của người bệnh. Vì vậy, nhận định sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm huyết học, hóa sinh đóng vai trò hữu ích cung cấp các tiêu chuẩn chẩn đoán sớm, tiên lượng và theo dõi điều trị cho người bệnh.

Từ những lý do trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *"Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm ở bệnh nhân Lơ xê mi cấp được chẩn đoán lần đầu tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An"* nhằm hai mục tiêu:

1. Đánh giá sự thay đổi các chỉ số huyết học, sinh hóa của bệnh nhân Lơ xê mi cấp mới được chẩn đoán lần đầu.

2. Mối tương quan giữa các chỉ số sinh hóa, huyết học với đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 43 người bệnh được chẩn đoán xác định Lơ xê mi lần đầu tại bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 8 năm 2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 16 đến 90 tuổi.
- Được làm đầy đủ các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, huyết tủy đồ, SGOT, SGPT, creatinin, acid uric.
- Bệnh nhân mới chưa điều trị, chưa chẩn đoán và điều trị suy thận, xơ gan, viêm gan mạn, gout trước đó.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được đã được chẩn đoán và điều trị tại cơ sở y tế khác
- Bệnh nhân nhi <16 tuổi hoặc > 90 tuổi.
- Bệnh nhân không được làm đầy đủ các xét nghiệm nghiên cứu

Các chỉ số nghiên cứu:

- Thông tin chung: tuổi, giới tính.
- Các chỉ số xét nghiệm:

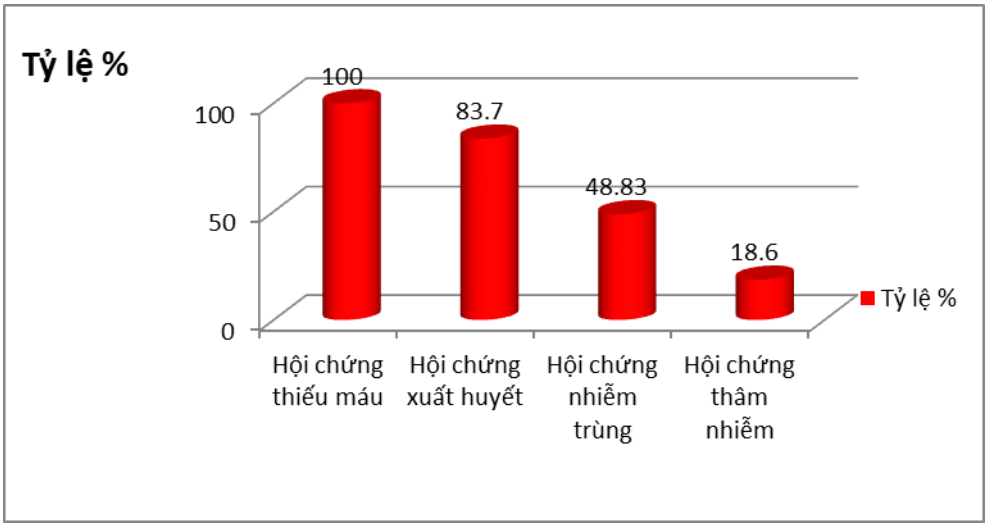
+Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu

+Xét nghiệm sinh hóa: creatinin máu, acid uric máu, đo hoạt độ GOT, GPT.

+Xét nghiệm Huyết tủy đồ

Xử lý kết quả: Phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1 : Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm lâm sàng

Nhận xét: Trong các hội chứng lâm sàng thường gặp thì hội chứng thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Kế tiếp, 83.75% bệnh nhân có hội chứng xuất huyết, 48,83% bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng, thấp nhất là 18.60% bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng thâm nhiễm.

Bảng 1. Thay đổi chỉ số tế bào máu ngoại vi

Chỉ số	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
Hồng cầu	1,81T/L	3,22 T/L	1,14 T/L
Hemoglobin	71,46g/l	117g/l	28g/l
Bạch cầu	19,17 G/L	82,9 G/L	0,16 G/l
Tỷ lệ blasts	38,5%	70 %	0%
Bạch cầu đoạn trung tính	2,02 G/L	5,45G/L	0,09G/L
Bạch cầu lympho	1,1 G/L	3,11 G/L	0,53 G/L
Tiểu cầu	53,37 G/L	128 G/L	3 G/l
Hồng cầu lưới(%)	0,4%	0,9%	0,1%

Nhận xét: Bảng 3.1 Cho thấy người bệnh thường có số lượng hồng cầu giảm 1,81T/L, nồng độ Hb trung bình 71,46g/l, cao nhất là 117g/l, thấp nhất là 28 g/l. Số lượng bạch cầu 19,17 G/L , Bạch cầu đoạn trung tính trung bình là 2,02 G/l, bạch cầu lympho là 1,1G/L.Tỷ lệ blast máu gặp trung bình 38,5%, cao nhất là 70%, tuy nhiên cũng có những trường hợp không có tế bào non ác tính ra máu. Số lượng tiểu cầu trung bình thường giảm với chỉ số trung bình là 53,37G/L, cao nhất là 128G/L, thấp nhất là 3G/L. Hồng cầu lưới trung bình 0,4%, giảm so với bình thường.

Bảng 2: Phân bố người bệnh theo nồng độ Hb

Nồng độ Hb	Số NB	Tỷ lệ
90-120 g/L	10	23,2%
60-90 g/L	23	53,4%
30-60 g/L	09	20,9%
<30 g/L	01	2,5%

Nhận xét: Tất cả 43 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có biểu hiện của hội chứng thiếu máu với các mức độ từ nhẹ đến rất nặng, trong đó nhiều nhất 53,4% người bệnh thiếu máu mức độ vừa, 23,2% thiếu máu nhẹ, 20,9% thiếu máu nặng, có 2,5% người bệnh thiếu máu rất nặng.

Bảng 3. Phân bố người bệnh theo chỉ số bạch cầu

Chỉ số	Số NB	Tỷ lệ
<1G/L	02	4,6%
1-10 G/L	16	37,2%
10-50 G/L	20	46,5%
> 50 G/L	5	10,7%

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy đa số người bệnh có số lượng bạch cầu trong máu tăng với số lượng bạch cầu từ 10-50 G/L chiếm 46,5%, trên 50 G/L 10,7%. còn lại chỉ 4,6% người bệnh có số lượng bạch cầu <1G/L.

Bảng 4. Phân bố người bệnh theo số lượng tiểu cầu

Chỉ số	Số NB	Tỷ lệ
≥150 G/L	01	2,3%
100-150 G/L	06	13,9%
50-100 G/L	09	20,9%
20-50 g/L	13	30,2%
≤ 20G/L	14	32,7%

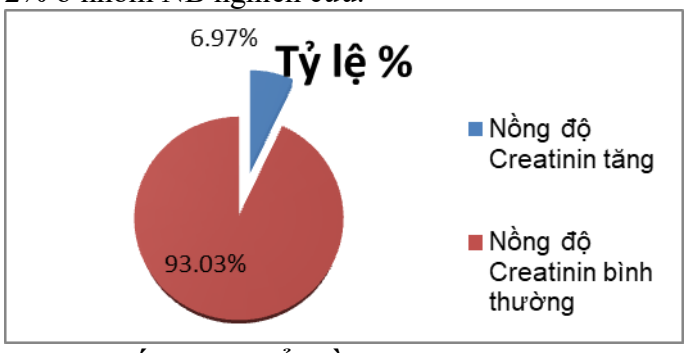
Nhận xét: Hầu hết nhóm người bệnh nghiên cứu đều có số lượng tiểu cầu giảm (chiếm tỷ lệ 97,7%), chỉ có 2,3% người bệnh có số lượng tiểu cầu bình thường. Trong đó, 32,7% người bệnh có số lượng tiểu cầu giảm nặng ≤ 20 G/L.

Hậu quả của sự tăng sinh quá mức các tế bào blast khiến số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng cao, lấn át các dòng tế bào máu bình thường ngoại vi, có thể gây ra thâm nhiễm ở các cơ quan tổ chức liên võng cũng như các biến chứng như tắc mạch, rối loạn đông cầm máu ở nhóm bệnh lý LXM cấp.

Bảng 5. Chỉ số tế bào trong tủy xương

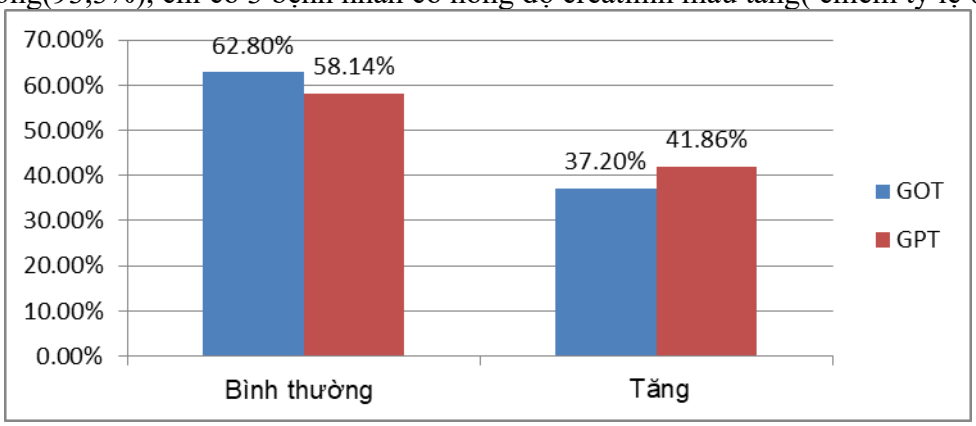
	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
Tế bào tủy	67,7G/L	275G/L	20 G/L
Tỷ lệ tế bào non ác tính	57,7%	92%	35%
Tỷ lệ dòng bạch cầu hạt	10%	27%	2%

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy người bệnh có số lượng bạch cầu tủy trung bình 67,7 G/L, trong đó cao nhất lên tới 275 G/L, thấp nhất 20 G/L, tế bào non ác tính trong tủy trung bình 57,7%, cao nhất là 92%. Tỷ lệ dòng bạch cầu hạt trong tủy xương trung bình là 10%, cao nhất là 27%, thấp nhất là 2% ở nhóm NB nghiên cứu.



Biểu đồ 3.4: Phân bố sự thay đổi nồng độ Creatinin máu của bệnh nhân

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân Lơ xê mi cấp chẩn đoán lần đầu có nồng đồ creatinin máu bình thường(93,3%), chỉ có 3 bệnh nhân có nồng độ creatinin máu tăng(chiếm tỷ lệ 6,97%).



Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ biến đổi kết quả đo hoạt độ GOT, GPT ở các bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: 37,20% NB tăng hoạt độ GOT và 41,86% Nb tăng hoạt độ GPT. Còn lại, 62,8% NB có hoạt độ GOT ở mức bình thường, 58,14 NB có nồng độ GPT bình thường.

Bảng 6: Mối tương quan giữa nồng độ acid uric máu so với tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Nồng độ Acid uric máu bình thường	Nồng độ Acid uric máu tăng	Tổng
<30 tuổi n	34,8% 8	15,0% 3	25,6% 11
30-60 tuổi n	30,4% 7	40,0% 8	34,9% 15
>30 tuổi n	34,8% 8	45,0% 9	39,5% 17

Nhận xét: Có 23 bệnh nhân trong nghiên cứu của chung tôi có nồng đồ acid uric bình thường, 20 bệnh nhân có nồng độ acid uric máu tăng. Trong đó, có 3 bệnh nhân dưới 30 tuổi,

8 bệnh nhân ở độ tuổi từ 30-60 tuổi và 9 bệnh nhân trên 60 tuổi trong tổng số.So sánh này không mang ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.10: So sánh nồng độ acid uric máu giữa nam và nữ

Giới	Acid uric máu bình thường	Acid uric máu tăng	Tổng
Nam n	34,8% 8	70,0% 14	51,2% 22
Nữ n	65,2% 15	30,0% 6	48,8% 21

Nhận xét: Nồng độ acid uric tăng chiếm ưu thế ở nam giới với tỷ lệ 70%, nữ giới chỉ chiếm 30%. Trong số 22 bệnh nhân nam giới thì có đến 14% có nồng độ acid uric tăng, ngược lại chỉ có 6 bệnh nhân trong tổng số 21 bệnh nhân nữ có gia tăng nồng độ acid uric máu. Nồng độ acid uric máu tăng ở các bệnh nhân Lơ xê mi cấp một phần có thể do sự sinh máu không hiệu lực tại tủy xương tạo ra rất nhiều tế bào thoái hóa giải phóng các acid nucleic, do tăng quá trình chuyển hóa cơ bản, tăng quá trình tiêu khối u, và chết theo chu trình của các tế bào blasts.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chỉ số xét nghiệm ở 43 người bệnh lơ xê mi cấp được chẩn đoán lần đầu tại bệnh viện cho thấy 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có biểu hiện của hội chứng thiếu máu với các mức độ từ nhẹ đến rất nặng, bạch cầu tăng với 90% NB có sự hiện diện của các tế bào blast ở ngoại vi, Số lượng tiểu cầu giảm. Tuy hầu hết các chỉ số tế bào trong tủy xương đều tỷ lệ thuận với tế bào máu ngoại vi, tuy nhiên cũng có phần nhỏ người bệnh chưa biểu hiện ra máu ngoại vi nên sự kết hợp triệu chứng lâm sàng là cần thiết. Về xét nghiệm hóa sinh không có sự thay đổi đáng kể nào về các chỉ số hóa sinh trong các bệnh lý lơ xê mi cấp hoặc mối tương quan giữa các chỉ số hóa sinh và chỉ số xét nghiệm huyết học hay mức độ bệnh. Tuy nhiên chỉ số hóa sinh cần thiết với những người bệnh điều trị hóa trị liệu để theo dõi các tác dụng phụ của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. NXB Y học, 5-27, 157-166
2. **Bộ Y Tế (**2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Huyết học- Truyền máu- Miễn dịch- Sinh học phân tử. NXB Y học, 52-53, 56-59.
3. **Đỗ Trung Phấn** (2013). Kỹ thuật xét nghiệm huyết học và truyền máu, ứng dụng trong lâm sàng. NXB Y học, 48-50
4. **Elias, Steven H. Swerdlow, Nancy L. Harris** (2016). The 2016 revison of the WHO classification of lymphoid neoplasms, 811-844.
5. **Meir Wetzler và John C. Byrd** (), Harrison's principles of internal medicine 15th.
6. **Nguyễn Đạt Anh và cộng sự** (2013), Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng, NXB Y học, 1-8, 48-57, 168-172, 269-275, 316-326, 620-628.
7. **Nguyễn Ngọc Dũng** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng xét nghiệm, phân loại kết quả điều trị tấn công lơ xê mi cấp chuyển từ lơ xê mi kinh dòng hạt, Luận án tiến sĩ, Trường đại học y Hà nội.
8. **Phạm Thị Hằng** (2016), Một số vấn đề về nhiễm trùng trong Lơ xê mi cấp, Một số chuyên đề HHTM V, NXB Y học, Hà nội, 604-611.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP GHÉP THẬN TỪ CẶP SINH ĐÔI ĐẦU TIÊN Ở VIỆT NAM ĐƯỢC THỰC HIỆN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN: ĐIỂM LẠI Y VĂN VÀ KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Văn Hương, Trần Tất Thắng, Lê Huy Ngọc, Lê Ngọc Bằng, Hồ Viết Thắng, Phạm Văn Chung, Hồ Văn Hoàng, Chu Xuân Hoàng, Nguyễn Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị Trà Giang(*)

TÓM TẮT

Ghép thận là một phương án lựa chọn điều trị tối ưu cho những bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn cuối , trong đó ghép thận từ cặp sinh đôi là trường hợp đặc biệt và hiếm có. Chúng tôi giới thiệu cặp ghép thận từ cặp sinh đôi đầu tiên ở Việt Nam được thực hiện tại Bệnh Viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An, điểm lại y văn để rút ra những kinh nghiệm điều trị sau ghép. Ca ghép an toàn và thuận lợi, chức năng thận ghép tốt. Việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch cần được cân nhắc cẩn thận bởi vì liên quan đến sự giống nhau về ADN giữa người cho và người nhận cũng như các tác dụng phụ của thuốc. Giảm dần liều và ngừng hẳn thuốc cần được đặt ra khi tình trạng mảnh ghép ổn định.

SUMMARY

THE FIRST KIDNEY TRANSPLANT CASE BETWEEN TWO IDENTICAL TWINS IN VIETNAM PERFORMED AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL: A REVIEW OF MEDICAL LITERATURE AND TREATMENT EXPERIENCE

Kidney transplantation is the optimal treatment choice in patients with end-stage renal disease (ESRD), in which, kidney transplantation from identical twins is a rare and special case. We present a kidney transplant from the first identical twins in Vietnam conducted at Nghe An General Friendship Hospital, reviewed medical literature to draw the post-transplant treatment experiences. The transplant is performed safely and smoothly with good kidney transplant function. The use of immunosuppressants should be considered carefully because related to the similarity of DNA between the donor and recipient as well as the side effects of drugs. A gradual reduction in dose and discontinuation of the maintenance of immunosuppressants should be instituted when graft status is stable.

Keywords: identical twins, kidney transplantation, immunosuppression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

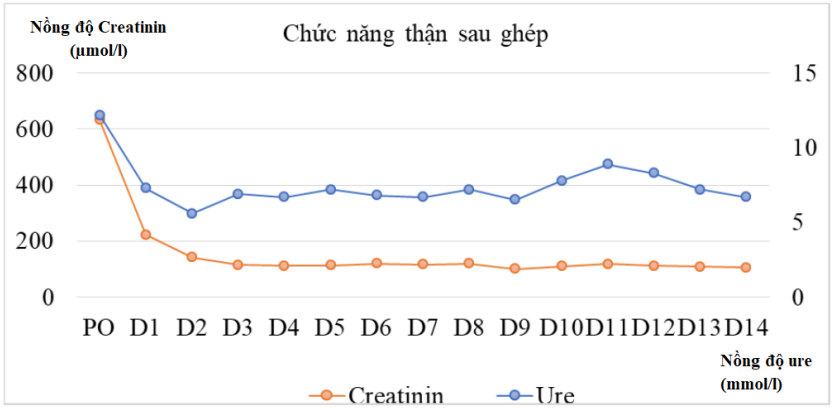
Ghép thận là một phương án lựa chọn điều trị tối ưu cho những bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn cuối. Ca ghép thận thành công đầu tiên được thực hiện ở Boston bởi Joseph Muray (23/12/1954), người nhận thận được ghép từ thận của người anh em sinh đôi, sống được 9 năm mà không cần sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, nguyên nhân tử vong do nhồi máu cơ tim. Từ đó, một số

(*)Bệnh Viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương
Email: vanhuongts@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

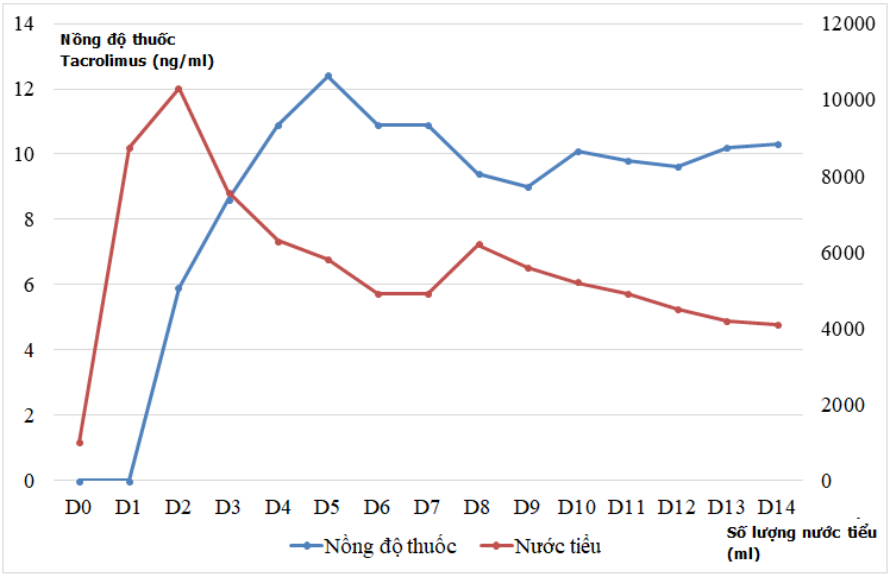
lượng lớn cặp ghép thận giữa các cặp sinh đôi đã được báo cáo trong khoảng thập niên 50 và 60 của thế kỷ XX [1]. Với sự phát triển của các thuốc ức chế miễn dịch ở giai đoạn sau đó, việc ghép thận được mở rộng ra ghép cùng huyết thống và không cùng huyết thống với tỷ lệ thành công cao. Tuy nhiên, ghép thận từ cặp sinh đôi vẫn có sự khác biệt. Nguyên nhân là do sự giống nhau về hệ gen và việc sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch sau ghép về mặt lý thuyết là không cần thiết, có thể tránh được các tác dụng phụ của thuốc. Tuy nhiên, bất cứ cá thể nào nhận thận mới đều có nguy cơ cao tái phát bệnh thận nguyên phát, và đột biến ADN có thể xảy ra ở trong giai đoạn phát triển của phôi trong tử cung có thể dẫn đến một số sai khác về mặt di truyền giữa 2 các thể sinh đôi. Hơn nữa phác đồ ức chế miễn dịch có thể điều trị cả 2 bênh lý trên [2]. Vì vậy, việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch ở ghép thận giữa các cặp sinh đôi là điều cần phải được cân nhắc kỹ lưỡng. Ở đây, chúng tôi giới thiệu ca ghép thận từ cặp sinh đôi đầu tiên ở Việt Nam được thực hiện tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An và điểm lại y văn thế giới để có được những kinh nghiệm bước đầu trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân sau ghép.

II. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Người nhận là bệnh nhân nam, 31 tuổi, phát hiện suy thận mạn giai đoạn cuối phải lọc máu chu kỳ từ tháng 03/2020. Người hiến là anh sinh đôi với người nhận, tiền sử khỏe mạnh, tình nguyện hiến thận cho em trai. Cả người hiến và người nhận đã được đánh giá kỹ đầy đủ bilan trước ghép đủ tiêu chuẩn ghép thận. Tất cả các thông số HLA đều hòa hợp 6/6. Cả người hiến và người nhận đều được làm xét nghiệm AND cho kết quả là anh em sinh đôi cùng trứng. Xét nghiệm Creatinin người nhận trước ghép là 633 µmol/l. Xạ hình thận của người hiến có chức năng thận phải 48%, thận phải có 01 động mạch. Vì vậy chúng tôi quyết định lấy thận phải có chức năng kém hơn thận trái để ghép. Cặp ghép được tiến hành vào ngày 6.10.2020. Người hiến được mổ nội soi qua ổ bụng lấy thận phải để ghép, ca mổ diễn ra trong 105 phút, hậu phẫu hiện tại bệnh nhân ổn định, đã ra viện ngày thứ 9 sau ghép, chức năng thận trước khi ra viện là ure 4.8mmol/l, Creatinin102 µmol/l. Người nhận được ghép thận vào hố chậu phải, ca mổ diễn ra thuận lợi trong 180 phút, có nước tiểu ngay sau khi tái tưới máu thận, hậu phẫu sau mổ bệnh nhân ổn định với chức năng thận ghép tốt, nồng độ thuốc ức chế miễn dịch duy trì ổn, bệnh nhân được rút sonde tiểu vào ngày thứ 05 sau ghép, rút hết dẫn lưu vào ngày 09 sau ghép, thời gian nằm viện là 14 ngày. Dưới đây là biểu đồ số lượng nước tiểu, xét nghiệm chức năng thận của bệnh nhân giai đoạn hậu phẫu.



Biểu đồ 2.1. Xét nghiệm chức năng thận sau ghép



Biểu đồ 2.2. Xét nghiệm nồng độ thuốc và lượng nước tiểu sau ghép

Siêu âm thận ghép được tiến hành vào ngày thứ 1 và ngày thứ 5 sau ghép, thận ghép ổn định, tưới máu nhu mô thận đều, RI > 7, không thấy bất thường mạch máu thận ghép. Phác đồ ức chế miễn dịch sau ghép: kết hợp 3 loại: Corticoid, Prograf và Cellcept với liều lượng ức chế miễn dịch giảm dần liều, duy trì nồng độ thuốc Tacrolimus sau ghép khoảng 10 ng/ml.

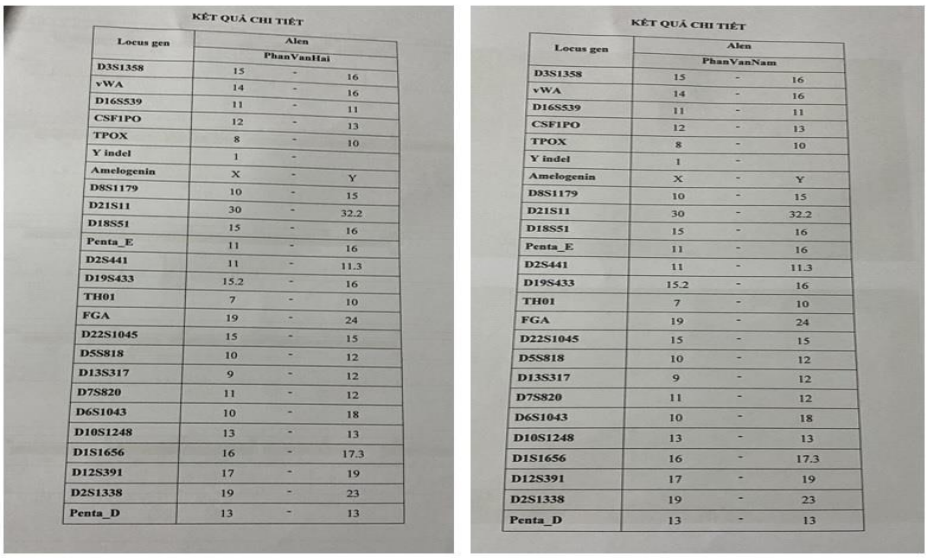
III. BÀN LUẬN

Về dịch tễ: Các số liệu thống kê ở Mỹ cho thấy từ năm 1959 đến 2000, tỷ lệ sinh đôi dao động từ 1.77 – 2.93% tổng số trẻ sinh. Ước lượng cho đến giữa năm 2019, có khoảng 2.66 triệu cặp sinh đôi dị hợp tử và 433010 cặp sinh đôi đồng hợp tử đang sinh sống ở Mỹ có độ tuổi từ 18-60. Trong đó, số cặp bị bệnh thận mạn giai đoạn cuối ước lượng là 4561 cặp sinh đôi dị hợp tử và 691 cặp sinh đôi đồng hợp tử. Tỷ lệ ghép thận giữa cặp sinh đôi chiếm khoảng 1.5/1000 ca ghép tại Mỹ. Trong giai đoạn 2001 -2017, chỉ có 143 cặp sinh đôi được ghép thận [3].

Về lịch sử ghép thận giữa cặp sinh đôi: Từ ca ghép thận thành công đầu tiên được thực hiện bởi Joseph Muray năm 1954, những năm sau đó, J. Muray và cộng sự tiếp

tục báo cáo thêm 7 cặp ghép sinh đôi năm 1958, 18 cặp năm 1963 và 22 cặp năm 1968 [4-6] và hầu hết các ca đều thành công. Tuy nhiên, sự tái nhiễm bệnh viêm cầu thận trên mảnh ghép mới vẫn còn là vấn đề cần đáng lo lắng, vì đó là nguyên nhân gây giảm và mất chức năng thận ghép. Trong những năm tiếp theo, Tilney và cộng sự [7] đã tổng kết kinh nghiệm 30 cặp ghép sinh đôi từ năm 1954 – 1976 và tất cả đều không cần duy trì thuốc ức chế miễn dịch. Gần đây, Kessaris và cộng sự [8] đã báo cáo 120 cặp ghép thận sinh đôi từ năm 1988-2004 tại Anh và Mỹ, gần 70% người nhận tại Mỹ được điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau ghép. Trong 1 nghiên cứu gần nhất của Jorgensen và cộng sự tổng kết 143 cặp ghép thận sinh đôi, có khoảng 54% và 50% người nhận đang được sử dụng thuốc ức chế miễn dịch tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau ghép [3].

Về vấn đề chẩn đoán sinh đôi trước ghép thể đồng hợp hay di hợp là rất quan trọng: Việc xác định cặp song sinh bằng những thông tin ban đầu như: thông tin cung cấp từ cha mẹ thường là không được kiểm chứng. Sự giống nhau về khuôn mặt và các đặc điểm khác như sự phù hợp về nhóm máu, kháng nguyên HLA và giới tính cũng không thể loại trừ được dị hợp tử. Test SRT (Short tandem repeat) để kiểm tra trình tự di truyền có thể xác định gần như chính xác 100% sinh đôi đồng hợp tử. Do đó, khuyến cáo sử dụng test SRT trong trường hợp nghi ngờ sinh đôi đồng hợp tử. Cặp ghép thận của chúng tôi đã được làm xét nghiệm ADN, đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán sinh đôi cùng trứng.



KẾT QUẢ CHI TIẾT

Locus gen	Alen		
	PhanVanHai		
D3S1358	15	-	16
vWA	14	-	16
D16S539	11	-	11
CSF1PO	12	-	13
TPOX	8	-	10
Y indel	1	-	
Amelogenin	X	-	Y
D8S1179	10	-	15
D21S11	30	-	32.2
D18S51	15	-	16
Penta_E	11	-	16
D2S441	11	-	11.3
D19S433	15.2	-	16
TH01	7	-	10
FGA	19	-	24
D22S1045	15	-	15
D5S818	10	-	12
D13S317	9	-	12
D7S820	11	-	12
D6S1043	10	-	18
D10S1248	13	-	13
D1S1656	16	-	17.3
D12S391	17	-	19
D2S1338	19	-	23
Penta_D	13	-	13

KẾT QUẢ CHI TIẾT

Locus gen	Alen		
	PhanVanNam		
D3S1358	15	-	16
vWA	14	-	16
D16S539	11	-	11
CSF1PO	12	-	13
TPOX	8	-	10
Y indel	1	-	
Amelogenin	X	-	Y
D8S1179	10	-	15
D21S11	30	-	32.2
D18S51	15	-	16
Penta_E	11	-	16
D2S441	11	-	11.3
D19S433	15.2	-	16
TH01	7	-	10
FGA	19	-	24
D22S1045	15	-	15
D5S818	10	-	12
D13S317	9	-	12
D7S820	11	-	12
D6S1043	10	-	18
D10S1248	13	-	13
D1S1656	16	-	17.3
D12S391	17	-	19
D2S1338	19	-	23
Penta_D	13	-	13

Hình 3.3. Kết quả xét nghiệm ADN của cặp ghép

Về vấn đề sử dụng thuốc ức chế miễn dịch sau ghép: Tỷ lệ sống của mảnh ghép thấp hơn ở ghép thận/ viêm cầu thận đã được ghi nhận so với những bệnh nhân không bị viêm cầu thận mặc dù có khoảng 50% bệnh nhân vẫn được duy trì thuốc ức chế miễn dịch sau ghép [3]. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tỷ lệ sống của mảnh ghép và của bệnh nhân sau ghép là tương tự nhau giữa 2 nhóm sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và nhóm không dùng thuốc ức chế miễn dịch [3]. Kessaris và cộng sự cũng nghiên cứu hồi cứu 120 trường hợp ghép thận sinh đôi tại Mỹ cho thấy, không có sự khác biệt về mặt thống kê về tỷ lệ sống của mảnh ghép sau 5 năm giữa 2 nhóm có và

không sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Trong số những bệnh nhân được sử dụng thuốc ức chế miễn dịch thì cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ sống của mảnh ghép giữa nhóm duy trì thuốc và nhóm không duy trì [8]. Tuy nhiên, Kim và cộng sự cũng nêu ra một số trường hợp bị suy thận ghép và tái phát bệnh thận sau ghép nếu không được sử dụng thuốc ức chế miễn dịch [9]. Vai trò của duy trì thuốc ức chế miễn dịch sau ghép để dự phòng tái nhiễm viêm cầu thận là không rõ ràng và nó phụ thuộc vào loại viêm cầu thận và mức độ nặng của bệnh lý viêm cầu thận. Bên cạnh đó, việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch cũng gây ra nhiều tác dụng phụ như độc lên thận, viêm loét đường tiêu hóa, tăng huyết áp, đái tháo đường…Do đó, cần rất cân nhắc khi sử dụng loại thuốc này ở bệnh nhân sau ghép thận từ cặp sinh đôi.

Trường hợp chúng tôi là trường hợp đầu tiên ghép thận từ cặp sinh đôi tại Việt Nam, trước mắt chúng tôi vẫn duy trì phối hợp 3 loại thuốc ức chế miễn dịch với liều lượng thấp và tiếp tục theo dõi chức năng thận sau ghép để điều chỉnh thuốc. Cân nhắc dừng hoặc giảm liều khi chức năng thận ghép ổn định hoặc có nguy cơ tác dụng phụ của thuốc ức chế miễn dịch.

Các dữ liệu theo dõi trong 143 cặp ghép sinh đôi cũng chỉ ra rằng có 2/143 người hiến bị tiến triển thành suy thận mạn sau ghép. Tuy nhiên chưa tìm ra được bằng chứng để xác nhận những người hiến tạng sinh đôi có nguy cơ mắc suy thận cao hơn người hiến tạng bình thường do viêm cầu thận hay liên quan đến cân nặng sơ sinh thấp hay không. Do đó, việc theo dõi sức khỏe, chức năng thận, protein niệu sau ghép ở người hiến tạng sinh đôi cũng cần được chú trọng.

IV. KẾT LUẬN

Trên đây là báo cáo lâm sàng cặp ghép thận sinh đôi đầu tiên tại Việt Nam và điểm lại y văn, kinh nghiệm điều trị trên thế giới để chúng tôi rút ra được một số kinh nghiệm cũng như phác đồ theo dõi, điều trị để cho đạt hiệu quả tốt nhất cho người bệnh. Người bệnh sẽ tiếp tục được theo dõi dài hạn và điều chỉnh lại thuốc ức chế miễn dịch tùy vào diễn biến sau ghép của người bệnh. Cân nhắc giảm hoặc ngừng duy trì ức chế miễn dịch ở cặp ghép sinh đôi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J.B. Dossetor, K.J. Mackinnon, J.C. Luke, et al.,** Renal transplantation between identical twins, Lancet 2 (1960) 572.
2. **R.L. Simmons, E.J. Van Hook, E.J. Yunis, et al.,** 100 sibling kidney transplants followed 2 to 7 1/2 years: a multifactorial analysis, Ann. Surg. 185 (1977) 196–204.
3. **Dana R. Jorgensen et al.** Epidemiology of end-stage renal failure among twins and diagnosis, management, and current outcomes of kidney transplantation between identical twins. Am J Transplant. 2020;20:761–768.
4. **Murray JE, Merrill JP, Harrison JH.** Kidney transplantation between seven pairs of identical twins. Ann Surg. 1958;148(3):343.
5. **Murray JE, Harrison JH.** Surgical management of fifty patients with kidney transplants including eighteen pairs of twins. Am J Surg. 1963;105(2):205-218.
6. **Glassock RJ, Feldman D, Reynolds ES**, Dammin GJ, Merrill JP. Human renal isografts: a clinical and pathologic analysis. Medicine. 1968;47(5):411-454.
7. **Tilney NL.** Renal transplantation between identical twins: a review. World J Surg. 1986;10(3):381-388.
8. **Kessaris N, Mukherjee D, Chandak P, Mamode N.** Renal transplantation in identical twins in United States and United Kingdom. Transplantation. 2008;86(11):1572-1577.
9. **Y.K. Kim, H.E. Yoon, S.H. Kim, et al.,** Long-term follow-up of three identical twin transplant recipients without maintenance immunosuppressive therapy, Nephrology 13 (2008) 447–448.

ĐIỀU TRA DỊCH TỄ HỌC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN NĂM 2020

Nguyễn Thanh Bình[1], Nguyễn Tuấn[1], Lê Anh Tú[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ hiện mắc và xác định một số yếu tố liên quan của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) ở người 30-69 tuổi tại tỉnh Nghệ An năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1-10/2020. Chọn mẫu cụm theo 2 giai đoạn: Chọn cụm và chọn đơn vị mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên có hệ thống. Thu thập thông tin bằng cách phỏng vấn, khám các chỉ số nhân trắc theo mẫu thiết kế sẵn và xét nghiệm đường máu mao mạch. **Kết quả**: Kết Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ là 7,2% và tiền ĐTĐ là 11,7%. Các yếu tố tuổi, mắc bệnh tăng huyết áp, thừ cân, có tiền sử gia đình và tiền sử rối loạn mỡ máu liên quan chặt chẽ với bệnh ĐTĐ. **Kết luận:** tỷ lệ đái tháo đường tại Nghệ An có gia tăng hơn so với điều tra 2015, có mối liên quan giữa bệnh đái tháo đường với các yếu tố nguy cơ tuổi, mắc bệnh tăng huyết áp, thừa cân, có tiền sử gia đình và tiền sử rối loạn mỡ máu.

Từ khóa: Đái tháo đường, yếu tố nguy cơ, Nghệ An.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY OF DIABETES AND RISK FACTORS IN NGHE AN PROVINCE 2020

Objectives: This study was to describe the prevalence of diabetes mellitus in people aged 30-69 and its related factors in Nghe An Province in 2020 then use it as. **Subjects and methods:** The study was a quantitative cross-sectional survey of 2100 people from January 2020 to October 2020**,** using a multi-stage sampling techique: cluster sampling and systematic random sampling. Data were collected by a pre-tested structured questionnaire, measuring anthropometric indicators and capillary blood glucose testing. **Results:** The results show that the prevalence of diabetes was 7.2% and pre-diabetes was 11.7%. Age, high blood pressure, overweight, family historyand Dyslipidemia history are closely related to diabetes mellitus. **Conclusion:**The prevalence of diabetes in Nghe An has increased compared to the 2015 survey, with relationships between diabetes and risk factors for age, hypertension, being overweight, having a family history and a history of dyslipidemia.

Keywords: Diabetes mellitus, rick factor, Nghe An

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh mạn tính không lây có liên quan đến nhiều yếu tố và có tốc độ phát triển rất nhanh trong đó ĐTĐ typ2 chiếm 85- 95% người bị đái tháo đương. Theo Hiệp hội Đái tháo đường thế giới (IDF) Năm 2019, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường toàn cầu ước tính là 9,3% (463 triệu người), sẽ tăng thêm 10,2% (578 triệu) vào năm 2030 và 10,9% (700 triệu) vào năm 2045. Bệnh đái tháo đường typ2 thường xảy

**Bệnh viện Nội tiết Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn
Email: bs.nguyentuan.na@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

ra âm thầm, khi biểu hiện rõ thì đã có biến chứng đe dọa tính mạng. Cũng theo IDF nhận định 50% số người chưa được chẩn đoán bệnh đái tháo đường trong cộng đồng.

Tại Việt Nam, theo công bố của "Dự án phòng chống Đái tháo đường Quốc gia" do Bệnh viện Nội tiết Trung ương thực hiện năm 2012 trên 11.000 người tuổi 30-69 tại 6 vùng của toàn quốc đã cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ là 5,4%, tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose cũng gia tăng lên gần 12,8% [1].

Tại Nghệ An, năm 2015 theo nghiện cứu của Nguyễn Văn Hoàn và cs tỷ lệ ĐTĐ và tiền ĐTĐ trong toàn tỉnh lần lượt là 7,13 % và 30.3 %, đặc biệt tỷ lệ ĐTĐ và tiền ĐTĐ tăng cao nhất ở khu vực thành thị [2]. Do đó việc tầm soát tiền đái tháo đường và bệnh đái tháo đường đang được đặt ra hàng đầu. Những cá nhân có cá yếu tố nguy cơ cao như tăng huyết áp, thừa cân và béo phì, ít hoạt động thể lực, rối loạn lipid máu, tiền sử gia đình có người thân mắc bệnh đái tháo đường cần thực hiện tầm soát. Vì vậy chung tôi thực hiện đề tài " Điều tra dịch tễ học bệnh đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2020 với 2 mục tiêu: *1, Xác định tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo đường tại Nghệ An. 2, Tìm hiểu mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với bệnh đái tháo đường.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Đối tượng nghiên cứu từ 30 đến 69 tuổi chia đều cho cả 3 vùng sinh thái: đồng bằng ven biển, miền núi cao, miền núi thấp.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng đang uống thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa đường như corticoid, thiazide, thuốc chẹn beta giao cảm, Salbutamol…

- Đối tượng đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến đường huyết như: Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận.

- Những người mắc bệnh cấp tính, tâm thần, phụ nữ đang mang thai hoặc không từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang

3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

3.1. Địa điểm nghiên cứu: Trên địa bàn tỉnh Nghệ An

3.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2020

4. Chọn cỡ mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống cho từng khu vực, tổng số có 30 cụm (mỗi cụm 100 đối tượng, cụm ở đây chính là tổ dân số được chọn từ mỗi xã, phường). Tiến hành chọn mẫu thành nhiều bước.

Công thức tinh cỡ mẫu

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

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy, bằng 1, 96 với độ tin cậy 95%.

+ Với p là tỷ lệ ước đoán mắc bệnh ĐTĐ của các vùng từ 7%.

+ d là độ chính xác tuyệt đối lấy bằng 0,03.

+ DEEF là hệ số thiết kế áp dụng cho phương pháp chọn mẫu chùm

(cluster sampling), lấy bằng 2,0.

Thay vào công thức trên thu được n=555. Để bù cho các trường hợp mất mẫu chúng tôi lấy cỡ mẫu lên đến 700 cho mỗi vùng sinh thái. Cỡ mẫu tổng cho toàn tỉnh là 2100.

5. Phương pháp chọn mẫu điều tra:

5.1. Chọn cụm điều tra:

Sử dụng phương pháp chọn ngẫu nhiên có hệ thống cho từng vùng sinh thái, tổng số có 7 cụm/ vùng sinh thái, toàn tỉnh có 21 cụm, mỗi cụm chọn 100 đối tượng 30- 69, cụm ở đây chính là xã, phường (Phụ lục 1).

Bước 1: Lập danh sách toàn bộ các xã, phường tại mỗi vùng.

Bước 2: Chọn xã, phường điều tra theo phương pháp ngẫu nhiên có hệ thống.

Bước 3: Chọn thôn/ ấp/ bản/ tổ: Lập danh sách các thôn/ ấp/ bản/ tổ tại xã/ phường được chọn, từ đó chọn ra 1 hoặc 2 thôn/ ấp/ bản/ tổ theo phương pháp ngẫu nhiên bằng bốc thăm, hoặc bảng số ngẫu nhiên.

5.2. Chọn đối tượng điều tra

Bước 1: Lập danh sách đối tượng 30- 69 tại thôn/ ấp/ bản/ tổ được chọn theo tuổi, giới (sinh từ 1951- 1990) (trường hợp thôn/ ấp/ bản/ tổ chọn được không đủ 100 đối tượng, thì chọn thêm một thôn/ ấp/ bản/ tổ kế bên để lập danh sách đối tượng). 100 đối tượng này chia đều cho 2 giới.

Bước 2: Chọn đối tượng điều tra

+ Tìm khoảng cách chọn

+ Chọn đối tượng thứ nhất: Chọn ngẫu nhiên một số nằm trong khoảng từ 1 đến 7 (chọn bằng bảng số ngẫu nhiên, dãy số của tờ tiền).

+ Chọn đối tượng tiếp theo: Đối tượng tiếp theo là đối tượng có số thứ tự được chọn trước đó, cộng với khoảng cách chọn.

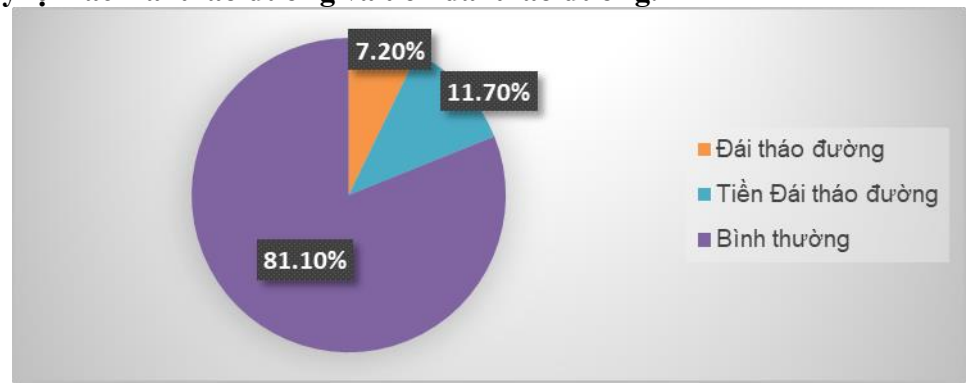
Chọn đối tượng nam ở độ tuổi khác, cũng như chọn đối tượng nữ theo cách tương tự. Tổng số đối tượng chọn được cho một xã/ phường là 100 người.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

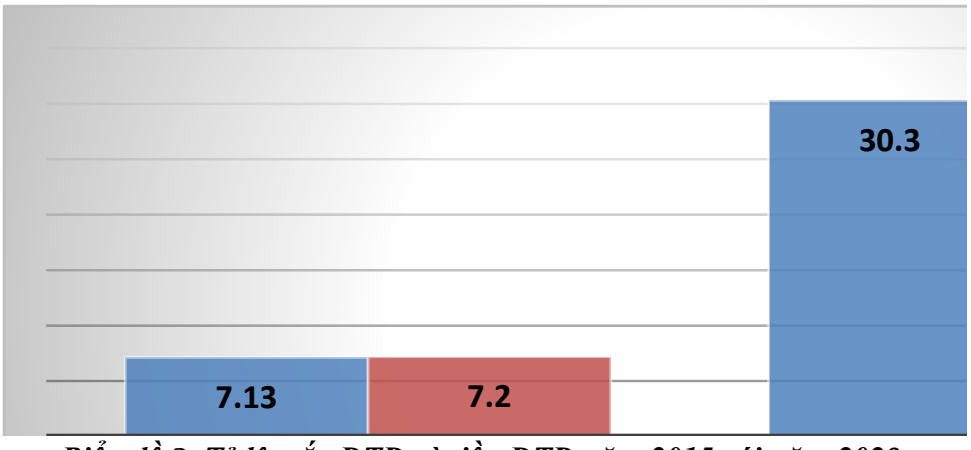
Trong số 2091 đối tượng nghiên cứu nam chiếm 49,8%, nữ 50,2% phân bố theo giới tính tương đối đồng đều ở các nhóm tuổi. Nhóm nghiên cứu có thể trạng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 57,7% tiếp theo là thể trạng thừa cân chiếm 34,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp 32,2%. Dân tộc kinh chiếm 74,5%.

3.2. Tỷ lệ mắc Đái tháo đường và tiền đái tháo đường.



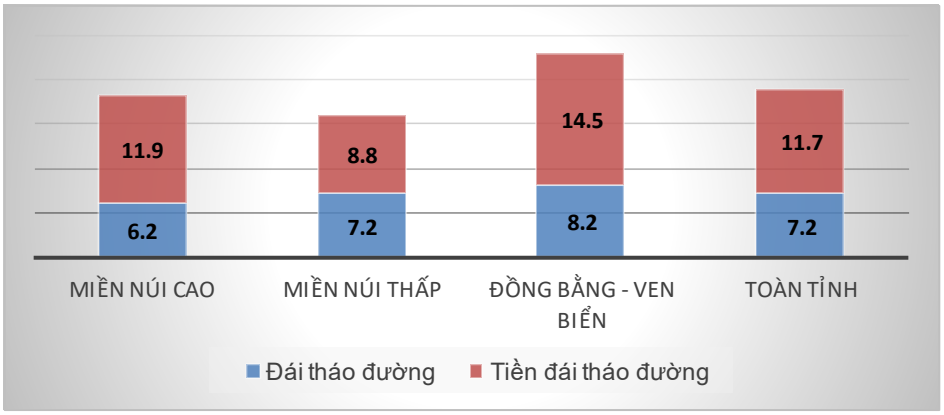
Biểu đồ 1. Tỷ lệ ĐTĐ, tiền ĐTĐ chung toàn tỉnh Nghệ An 2020

Tỷ lệ mắc đái tháo đường 7,2%, tiền đái tháo đường 11,7%.



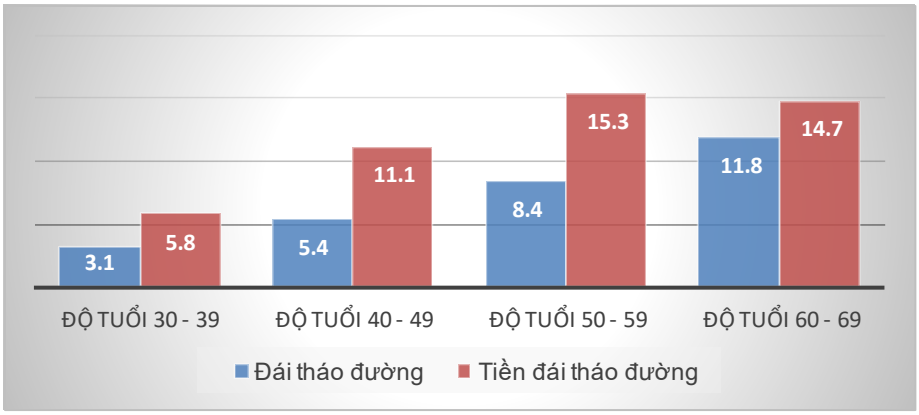
Biểu đồ 2. Tỷ lệ mắc ĐTĐ và tiền ĐTĐ năm 2015 với năm 2020

Tỷ lệ đối tượng đái tháo đường năm 2020 là 7,2% tăng 110% so với năm 2015 là 7.13%. Tỷ lệ đối tượng tiền đái tháo đường năm 2015 là 11,7% giảm 2,5 lần so với năm 2015.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ mắc ĐTĐ và tiền ĐTĐ theo khu vực và toàn tỉnh

Tỷ lệ mắc đái tháo đường tại vùng núi cao, vùng núi thấp, đồng bằng và ven biển lần lượt là: 6,2%, 7,2%, 8.2%. Tỷ lệ được chẩn đoán tiền đái tháo đường của các vùng theo thứ tự trên lần lượt là: 11,9%, 8,8%, 14,5%.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ ĐTĐ và Tiền ĐTĐ phân bố theo nhóm tuổi

Tỷ lệ đối tượng bị ĐTĐ và tiền ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi trên 60 tuổi 11.8% và 14,7%. Thấp nhất ở khoảng tuổi 30 - 49 3,% và 5,8%.

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ và Tiền ĐTĐ theo giới.

Chẩn đoán	Giới tính						p
	Nam		Nữ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Đái tháo đường	93	62,0	57	38,0	150	100	<0,01
Tiền đái tháo đường	144	58,8	101	41,2	245	100	
Bình thường	805	47,5	891	52,5	1696	100	
Tổng	1042	7,2	1941	92,8	2091	100	

Tỷ lệ mắc đái tháo đường ở nam giới 62% cao hơn ở nữ giới 38%. Tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường ở nam giới 58,8% cao hơn ở nữ giới 41,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với bệnh ĐTĐ

Bảng 2. Mỗi liên quan giữa tuổi và bệnh ĐTĐ

Nhóm tuổi	Chẩn đoán						p, OR (95%CI)
	ĐTĐ		Không bị ĐTĐ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
< 45	27	3,6	722	96,4	749	100	<0,01; 2,698 (1,761 - 4,134)
≥ 45	123	9,2	1219	90,8	1342	100	
Tổng	**150**	**7,2**	**1941**	**92,8**	**2091**	**100**	

Tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm người có độ tuổi ≥45 chiếm tỷ lệ 9,5% cao hơn tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm người có độ tuổi < 45 là 5,4%.

Bảng 3. Mỗi liên quan giữa THA và bệnh ĐTĐ

Huyết áp	Chẩn đoán						p, OR (95%CI)
	ĐTĐ		Không bị ĐTĐ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Bình thường	76	5,4	1339	94,6	1415	100	<0,01; 2,166 (1,550 – 3,025)
Tăng HA	74	10,9	602	89,1	676	100	
Tổng	150	7,2	1941	92,8	2091	100	

Tỷ lệ đái tháo đường ở người có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 10,9% cao hơn tỷ lệ đái tháo đường ở người không tăng huyết áp 5,4%.

Bảng 4. Mỗi liên quan giữa BMI và bệnh ĐTĐ

BMI	Chẩn đoán						p, OR (95%CI)
	ĐTĐ		Không bị ĐTĐ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
< 23	77	5,6	1292	94,4	1369	100	<0,01; 1,887 (1.352 – 2,635)
≥ 23	73	10,1	649	89,9	722	100	
Tổng	150	7,2	1941	92,8	2091	100	

Tỷ lệ đái tháo đường ở người có thể trạng thừa cân chiếm tỷ lệ 10,1% cao hơn tỷ lệ đái tháo đường ở người có thể trạng không thừa cân 5,6%.

Bảng 5. Mỗi liên quan giữa tiền sử gia đình mắc ĐTĐ và bệnh ĐTĐ

Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ	Chẩn đoán						p, OR (95%CI)
	ĐTĐ		Không bị ĐTĐ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Có người mắc ĐTĐ	31	11,5	129	80,6	160	100	<0,01; 3,659 (2,372 – 5,646)
Không có người mắc ĐTĐ	119	6,2	1812	93,8	1931	100	
Tổng	150	7,2	1941	92,8	2091	100	

Tỷ lệ đái tháo ở người có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường 11,5% cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người không có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường là 6,2%.

Bảng 6. Mỗi liên quan giữa tiền sử RLMM và bệnh ĐTĐ

Tiền sử RLMM	Chẩn đoán						p, OR (95%CI)
	ĐTĐ		Không bị ĐTĐ		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Có	27	12,9	183	87,1	160	100	<0,01; 2,109 (1,35 – 3,28)
Không	123	6,5	1758	93,5	1931	100	
Tổng	150	7,2	1941	92,8	2091	100	

Tỷ lệ đái tháo ở người có tiền sử rối loạn mỡ máu 12,9% cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người không tiền sử rối loạn mỡ máu là 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm đối tượng tham gia điều tra

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,8%, không khác biệt so với nữ là 50,2% (p > 0,05). Kết quả này là phù hợp với phương pháp chọn mẫu điều tra dịch tễ học, có sự tương đồng về giới và nhóm tuổi.

Về phân bố đối tượng nghiên cứu theo dân tộc có 74,5 % đối tượng dân tộc Kinh. Kết quả phù hợp với phân bố dân tộc ở các vùng miền của Nghệ An, dân tộc Kinh là dân tộc chiếm số lượng đông nhất trong cộng đồng dân cư.

Tỷ lệ tăng huyết áp toàn tỉnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,3.

Đối với chỉ số khối cơ thể BMI thì nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số người có thể trạng bình thường nhiều nhất chiếm 57,7 %, tiếp theo là thể trạng thừa cân chiếm 34,5 %, thấp nhất là người có thể trạng gầy chiếm 7,7%. Có sự tương đồng về chỉ số khối cơ thể giữa các vùng và toàn tỉnh.

4.2 Tỷ lệ mắc đái tháo đường và tiền đái tháo đường tại các vùng và toàn tỉnh năm 2020.

4.2.1 Tỷ lệ đái tháo đường

Theo nghiên cứ điều tra toàn quốc năm 2012 tỷ lệ mắc đái tháo đường toàn quốc là 5,4%, vùng đồng bằng duyên hải miền trung 6,37% [1]. Báo cáo của Nguyễn Văn Hoàn và cộng sự năm 2015 tỷ lệ đái tháo đường tại Nghệ An là 7,13% [2]. Ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc đái tháo đường 7,2% cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường toàn quốc, vùng đồng bằng duyên hải miền trung qua cuộc điều tra quốc gia năm 2012.

Tỷ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường của Kon tum 2016 là 3,5% [8], cao hơn tỷ lệ đái tháo đường tại Thái Bình năm 2011 là 6,7 % theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Việt và cộng sự [4]. Nhưng tỷ lệ đái tháo đường cũng thấp hơn tỷ lệ đái tháo đường ở tại Hậu Giang năm 2014 là 11,94% [7], thấp hơn tỷ lệ đái tháo đường ở tại Thái Bình năm 2007 là 8,4%, theo nghiên cứ của Vũ Huy Chiến và cộng sự [5].

Tỷ lệ đái tháo đường cao nhất ở đồng bằng ven biển 8,2%, thấp nhất miền núi cao 6,2%, và miền núi thấp 7,2%. Điều này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu về đái tháo đường khác nêu trên, cho thấy bệnh đái tháo đường có liên quan với sự phát triển kinh tế và hoạt động thể lực. Ở vùng miền núi Nghệ An đa phần có kinh tế và thu nhập thấp hơn cũng như nghề nghiệp đòi hỏi hoạt động thể lực nhiều hơn so với vùng đồng bằng ven biển nên có lẽ đã tác động đến tỷ lệ đái tháo đường khác nhau giữa các vùng miền trong tỉnh.

4.2.2. Tỷ lệ tiền đái tháo đường

Theo nghiên cứ điều tra toàn quốc năm 2012 tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường toàn quốc là 13,7%, vùng đồng bằng duyên hải miền trung 13,6% [1]. Báo cáo của Nguyễn Văn Hoàn và cộng sự năm 2015 tỷ lệ tiền đái tháo đường tại Nghệ An là 30,3% [2]. Ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường 11,7% thấp hơn tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường toàn quốc, vùng đồng bằng duyên hải miền trung qua cuộc điều tra quốc gia năm 2012.

Tỷ lệ tiền đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ tiền đái tháo đường Kon Tum năm 2016 là 13,3% [8], thấp hơn tỷ lệ tiền đái tháo đường ở tại Hậu Giang năm 2014 là 17,91% [7], thấp hơn tỷ lệ tiền đái tháo đường ở tại Thái Bình năm 2007 là 14,8% theo nghiên cứ của Vũ Huy Chiến và cộng sự [5].

Tỷ lệ tiền đái tháo đường cao nhất ở đồng bằng ven biển 14,5%, thấp nhất miền núi thấp 8,8%, và miền núi cao 11,9%.

4.3. Mỗi liên quan một số YTNC với tỷ lệ đái tháo đường tại Nghệ An

4.3.1. Tuổi

Các nghiên cứu về đái tháo đường đa phần cho thấy rằng tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc đái tháo đường càng lớn. Nghiên cứu

của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm người có độ tuổi ≥45 chiếm tỷ lệ 9,5% cao hơn tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm người có độ tuổi < 45 là 5,4%, Tại bảng 9 người có độ tuổi ≥45 có xác suất mắc bệnh đái tháo đường gấp 2,5 lần người có độ tuổi < 45, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p< 0,01; OR = 2,698; 95%C (1,761 - 4,134)).

4.3.2. Tăng huyết áp

Nghiên cứu của Vũ Thị Mùi và cộng sự tỷ lệ người mắc đái tháo đường có tăng huyết áp là 6,22% [3].

Tại nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đái tháo đường ở người có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 10,9% cao hơn tỷ lệ đái tháo đường ở người không tăng huyết áp 5,4%, Tại bảng 10 người có tăng huyết áp có xác suất mắc bệnh đái tháo đường gấp 2 lần người không có tăng huyết áp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p< 0,01; OR = 2,166; 95%CI (1,550 – 3,025)).

4.3.3. Chỉ số khối cơ thể

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành và cộng sự tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người có thể trạng thừa cân là 19,7% cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người có thể trạng không thừa cân 7,4% [7].

Tại nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đái tháo đường ở người có thể trạng thừa cân chiếm tỷ lệ 10,1% cao hơn tỷ lệ đái tháo đường ở người có thể trạng không thừa cân 5,6%, Tại bảng 11 người có thể trạng thừa cân có xác suất mắc bệnh đái tháo đường gấp 1,8 lần người có thể trạng không thừa cân, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p< 0,01; OR = 1,887; 95%CI (1.352 – 2,635)). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa nhấn mạnh ý nghĩa của việc kiểm soát cân nặng, giảm thừa cân béo phì để phòng chống bệnh đái tháo đường.

4.3.4. Có người cùng huyết thống mắc bệnh đái tháo đường

Nghiên cứu của Trần Hữu Dàng và cộng sự thì tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở người có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường 16,5% cao hơn ở người không có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường là 8,1% [6].

Tại nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đái tháo ở người có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường 11,5% cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người không có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường là 6,2%, Tại bảng 12 ở người có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường có xác suất mắc bệnh đái tháo đường gấp 3,5 lần ở người không có cùng huyết tống mắc bệnh đái tháo đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p< 0,01; OR = 3,659; 95%CI (2,372 – 5,646)).

4.3.5. Tiền sử rối loạn mỡ máu

Tại nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đái tháo ở người có tiền sử rối loạn mỡ máu 12,9% cao hơn tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người không tiền sử rối loạn mỡ máu là 6,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p< 0,01; OR = 0,474; 95%CI (0,304 – 0,739)).

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo đường toàn tỉnh

- Kết quả điều tra tỷ lệ đái tháo đường trên toàn tỉnh Nghệ An năm 2020 là 7.2% tăng 110% so với năm 2015

- Tỷ lệ tiền đái tháo đường là 11,7% giảm 2,5 lần so với năm 2015

2. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với bệnh đái tháo đường

- Tỷ lệ bệnh đái tháo đường gia tăng theo tuổi theo tỷ lệ thuận.

- Các YTNC như chỉ số khối cơ thể, tăng huyết áp, tiền sử rối loạn mỡ máu và có người cùng huyết thống mắc bệnh đái tháo đường liên quan chặt chẽ với bệnh đái tháo đường với p <0.05**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nội tiết Trung Ương (2012).** Điều tra Dịch tễ học bệnh đái tháo đường và các yếu tố liên quan toàn quốc. Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học Bệnh viện Nội tiết Trung Ương năm 2016. tr. 123-128
2. **Nguyễn Văn Hoàn và cộng sự (2015).** Điều tra Dịch tễ học bệnh đái tháo đường và các yếu tố liên quan tại Nghệ An năm 2015. Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học Bệnh viện Nội tiết Nghệ An **năm 2016. tr. 63-68**
3. **Vũ Thị Mùi và Nguyễn Quang Chúy (2007),** Đánh giá tỉ lệ bệnh đái tháo đường và các yếu tố liên quan ở lứa tuổi 30-64 tại tỉnh Yên Bái năm 2003, Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học-Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và Chuyển hóa, tr. 321-327.
4. **Nguyễn Quốc Việt, Lã Ngọc Quang và Nguyễn Trọng Hà (2011),** Nghiên cứu kiến thức, thái độ thực hành phòng chống đái tháo đường của người dân tại Thái Bình, năm 2011, Tạp chí Y học thực hành,7, tr. 131-136
5. **Vũ Huy Chiến (2007),** Một số nhận xét về bệnh đái tháo đường qua khám sàng lọc tại 4 xã thuộc hai huyện nội đồng tỉnh Thái Bình. Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học-Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và Chuyển hóa ,tr. 839-844.
6. **Trần Hữu Dàng và Huỳnh Văn Đôm (2007),** Nghiên cứu tình hình đái tháo đường ở người 30 tuổi tở lên tại thành phố Quy Nhơn năm 2005. Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học-Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và Chuyển hóa. tr. 648-660.
7. **Nguyễn Văn Lành (2014),** Thực trạng bệnh Đái tháo đường, tiền Đái tháo đường ở người Khmer tỉnh Hậu Giang và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp. Tạp chí y học dự phòng. 6 (142), tr. 150.
8. **Nguyễn Bá Trí (2016),** Tỷ lệ hiện mắc 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. Tạp chí y học dự phòng, 23(8), tr. 146.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ PHÂN LOẠI, THU GOM CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2019

Tăng Xuân Hải*, Nguyễn Sĩ Hoàn*, Đậu Khắc Dũng, Nguyễn Thị Hoa****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiểu biết về kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về chất thải rắn y tế. Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phân loại của nhân viên y tế về chất thải rắn y tế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 471 nhân viên y tế tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân và có khả năng phát sinh chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả**: Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết đúng thông tư 58 là 97,5%. Tỷ lệ nhân viên hiểu biết về thu gom chiếm tỷ lệ cao, hiểu biết về mã màu đúng là 78,8%, phân loại chất thải rắn y tế đúng là 97,7%. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa kết quả nắm bắt được kiến thức thông tư 58/2015/TTLT – BYT- BTNMT với thực hành phân loại thu gom, không có mối liên quan giữa nắm bắt kiến thức mã màu và thực hành phân loại thu gom chất thải rắn y tế.

Từ khóa: Chất thải rắn y tế, kiểm soát nhiễm khuẩn, bệnh viện

SUMMARY

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND PRACTICE FROM HEALTH WORKERS ON THE CLASSIFYING AND COLLECTING THE SOLID MEDICAL WASTES IN NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2019

Objectives: According to the research about knowledge and practical experience of hospital health workers on classifying and collecting the solid mediacl waste. Find out the relationship between the base of knowledge and practice. ***Subjects and methods:*** 471 health workers, who interacted with patient and have the ability of producing medical solid waste that works at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital 2019. Results: The figure of staff who understand the Act 58 is 97,5%. The rate of staff who know about collecting reach high percentage, understand about color code is 78,8%, classifying and collecting the solid medical waste 97,7%. ***Conclusions:*** the relationships between knowing the guidelines of The 58/2015 national Act about Ministry of health- The environmental resources and practical experience in separating them, do not recorded any thing in relate between understanding color code knowledge and practice on on classifying and collecting the solid medical waste

Key word: solid medical waste, control infection, hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất thải rắn y tế không được quản lý và xử lý tốt không những sẽ trở thành nguồn lây

**Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sỹ Hoàn
Email: nguyensyhoan18990@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

nhiễm cho người bệnh, nhân viên y tế, cộng đồng và gây ô nhiễm môi trường trầm trọng mà còn tăng chi phí xử lý, ảnh hưởng đến kinh tế bệnh viện, hình ảnh bệnh viện và tinh thần của người bệnh. Để đánh giá được kiến thức và thực hành của nhân viên y tế tại bệnh viện, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài **"**Đánh giá kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về phân loại, thu gom chất thải rắn y tế tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2019" với 2 mục tiêu: *Khảo sát hiểu biết về kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về chất thải rắn y tế. Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phân loại của nhân viên y tế về chất thải rắn y tế.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 471 nhân viên y tế từ tháng 3/2019 đến tháng 10/2019 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An bằng phương pháp đánh giá thực hành trực tiếp tại hiện trường và kiến thức theo phiếu đánh giá. Xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiểu biết về thông tư 58/2015/TTLT – BYT- BTNMT

Bảng 1. Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết về thông tư số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMN theo thâm niên công tác

Thâm niên công tác	Hiểu biết đúng		Chưa hiểu biết đúng		Tổng
	N	%	N	%	
<2 năm	146	96,7	5	3,3	151
2-5 năm	170	100	0	0	170
5-20 năm	80	98,8	1	1,2	81
>20 năm	63	91,3	6	8,7	69
Tổng	**459**	**97,5**	**12**	**2,5**	**471**

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên y tế chưa hiểu biết đúng về thông tư 58 chủ yếu ở 2 nhóm có thâm niên công tác >20 năm (8,7%) và dưới 2 năm (3,3%).

2. Hiểu biết về các khái niệm chất thải rắn y tế:

Bảng 2: Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết về các khái niệm chất thải rắn y tế

Kết quả	Chất thải rắn y tế		Chất thải rắn y tế nguy hại	
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Hiểu biết đúng	454	96,4	433	91,9
Chưa hiểu biết	17	3,6	38	8,1
Tổng	**471**	**100**	**471**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết đúng về khái niệm chất thải rắn y tế, chất thải rắn y tế nguy hại khá cao lần lượt là 96,5% và 91,9%; nhóm không biết chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,6% và 8,1%.

3. Hiểu biết về nhóm chất thải y tế lây nhiễm

Bảng 3. Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết về nhóm chất thải lây nhiễm

Nhóm chất thải	Đúng		Sai	
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Chất thải lây nhiễm sắc nhọn	471	100	0	0
Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	465	98,7	06	1,3
Chất thải giải phẫu	470	99,8	1	0,2

Nhận xét: Trong chất thải lây nhiễm, các nhóm trong đó nhân viên hiểu biết với tỷ lệ cao: chất thải lây nhiễm sắc nhọn 100%, hiểu biết các nhóm khác 98,7%, 99,8%.

4. Hiểu biết của nhân viên về nhóm chất thải nguy hại không lây nhiễm và chất thải rắn y tế thông thường

Bảng 4. Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết về nhóm chất thải nguy hại không lây nhiễm và chất thải rắn y tế thông thường

Kết quả	Chất thải rắn y tế nguy hại không lây nhiễm		Chất thải rắn y tế thông thường	
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Hiểu biết đúng	442	93,8	454	96,4
Chưa hiểu biết	29	6,2	17	3,6
Tổng	**471**	**100**	**471**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết đúng về chất thải nguy hại không lây nhiễm và chất thải rắn y tế thông thường khá cao lần lượt là 93,8% và 96,4%.

5. Hiểu biết về mã màu thùng đựng chất thải rắn y tế

Bảng 5. Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết đúng về màu thùng đựng chất thải

Kết quả	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Hiểu biết đúng	371	78,8
Chưa hiểu biết	100	21,2
Tổng	**471**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết đúng về mã màu thùng đựng chất thải rắn y tế chiếm 78,8%, nhóm chưa đúng chiếm 21,2%.

6. Hiểu biết về thu gom chất thải rắn y tế

Bảng 6. Tỷ lệ nhân viên y tế hiểu biết về thu gom chất thải rắn y tế

Hiểu biết kiến thức về thu gom	Hiểu biết đúng	Tỷ lệ (%)
Cách thu gom chất thải lây nhiễm	100	100
Thu gom chất thải nguy cơ lây nhiễm cao	467	99,2
Tần xuất thu gom chất thải lây nhiễm	470	99,8
Thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm	471	100
Thu gom chất thải rắn y tế thông thường	471	100

Nhận xét: Kiến thức của nhân viên y tế về thu gom chất thải rắn y tế khá tốt đều chiếm tỷ lệ khá cao: Cách thu gom đúng chiếm 100%, thu gom chất thải thông thường đúng chiếm 100%,

2. Kết quả thực hành phân loại, thu gom

Bảng 7. Tỷ lệ nhân viên y tế thực hành phân loại chất thải rắn y tế

Kết quả	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thực hành đúng	216	97,7
Thực hành không đúng	5	2,3
Tổng	**221**	**100**

***Nhận xét*:** Tỷ lệ nhân viên y tế thực hành phân loại đúng chiếm tỷ lệ cao 97,7%; phân loại chưa đúng chiếm tỷ lệ rất thấp chiếm 2,3%.

3. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phân loại chất thải rắn y tế

3.1 Liên quan giữa kiến thức hiểu biết thông tư 58/2015/TTLT – BYT- BTNMT và thực hành phân loại

Bảng 8. Mối liên quan giữa hiểu biết kiến thức về thông tư 58/2015/TTLT – BYT-BTNMT và thực hành phân loại, thu gom

Kết quả	Kiến thức		Thực hành		P
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	
Đúng	219	99,1	216	97,7	<0,05
Sai	2	0,9	5	2,3	
Tổng	**221**	**100**	**221**	**100**	

Nhận xét: Việc phân loại chất thải rắn y tế đúng của nhân viên về thực hành và kiến thức đều chiếm tỷ lệ cao lần lượt 99,1%, 97,7% , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

3.2. Liên quan giữa kiến thức hiểu biết mã màu và thực hành phân loại

Bảng 9. Mối liên quan giữa nắm bắt kiến thức về mã màu đựng chất thải và thực hành phân loại chất thải rắn y tế

Kết quả	Kiến thức		Thực hành		P
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	
Đúng	196	88,7	216	97,7	>0,05
Sai	25	11,3	5	2,3	
Tổng	**221**	**100**	**221**	**100**	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa kết quả đạt được với kiến thức và thực hành, không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

IV. BÀN LUẬN

Trong số các đối tượng chưa hiểu biết đúng về thông tư 58 thì nhóm nhân viên có thâm niên công tác hơn 20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (8,7%), nhóm thâm niên công tác dưới 2 năm (3,3%) và nhóm thâm niên 5-20 năm (1,2%). Chất thải rắn y tế nguy hại tỷ lệ nhân viên hiểu biết về các khái niệm này chiếm tỷ lệ cao lần lượt là chất thải rắn y tế đạt 96,4%, chất thải rắn y tế nguy hại đạt 91,9%. Kiến thức về chất thải lây nhiễm sắc nhọn 100%, chất thải lây nhiễm không sắc nhọn 98,7%, chất thải giải phẫu 99,8%. Nắm bắt của nhân viên y tế về nhóm chất thải nguy hại không lây nhiễm đạt 93,8. Với chất thải rắn y tế thông thường đạt 96,4%. Tỷ lệ tổng hợp hiểu biết về mã màu đen chiếm 78,8%. Kiến thức thu gom: tỷ lệ nhân viên nhận định đúng: Cách thu gom chất thải lây nhiễm 100%; thu gom chất thải nguy cơ lây nhiễm cao 99,2%; tần xuất thu gom chất thải lây nhiễm 99,8%; thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm 100%; thu gom chất thải rắn y tế thông thường 100%.

Trong nghiên cứu này tỷ lệ nhân viên y tế có thực hành phân loại đúng đạt 97,7%. Tuy nhiên, một số tỷ lệ nhân viên thực hành phân loại chất **thải rắn y tế chưa đúng (2,3%)**

Chúng tôi không ghi nhận được mối liên quan giữa kết quả đạt được khi khảo sát kiến thức và thực hành phân loại.

V. KẾT LUẬN

Thực hành về việc phân loại và thu gom chất thải rắn y tế**:** Tỷ lệ nhân viên thực hành phân loại đúng chiếm tỷ lệ khá cao đạt 97,7%, tỷ lệ chưa đúng chiếm 2,3%. Mối liên quan giữa kết quả đạt được kiến thức với thực hành phân loại Có mối liên quan giữa kết quả nắm bắt được kiến thức thông tư 58/2015/TTLT – BYT- BTNMT với thực hành phân loại thu gom, không ghi nhận được mối liên quan giữa nắm bắt kiến thức mã màu và thực hành phân loại thu gom chất thải rắn y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Tài nguyên và Môi trường (2011)** "Thông tư quy định về quản lý chất thải nguy hại" QĐ-12/2011/TT-BTNMT.
2. **Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015)** " Thông tư số 36/2015/TT- BTNMT về quản lý chất thải nguy hại".
3. **Bộ Y tế (2012)** "Quản lý chất thải rắn y tế" KSNK, Nhà xuất bản Hà Nội, tr.109-120.
4. **Bộ Y tế - Bộ Tài nguyên Môi trường** "Thông tư số 58/2015/TTLT – BYT-BTNMT thông tư liên tịch quy định về quản lý CTYT", Hà Nội, 2015.
5. **Bộ Y tế - Vụ Điều trị (2000)** Tài liệu hướng dẫn thực hành quản lý CTYT, Nhà xuất bản y học

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU MŨI ĐIỂM MẠCH BẰNG NITRAT BẠC TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải[1], Đoàn Nhân Chính[1], Hà Thanh Bình[1], Phan Quang Trung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chảy máu mũi điểm mạch và đánh giá kết quả điều trị chảy máu mũi điểm mạch bằng nitrat bạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có can thiệp 33 bệnh nhân chảy máu mũi điểm mạch được điều trị bằng đốt nitrat bạc tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2019 – 2020. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1, độ tuổi hay gặp nhất là từ 5-10 tuổi chiếm 57,6%, chủ yếu không rõ nguyên nhân chiếm 66,7%, chảy máu mũi một bên chiếm 63,6%. Mức độ chảy máu trung bình gặp nhiều nhất, chiếm 57,6%. Kết quả tái phát sau 3 tháng là 12,1%. **Kết luận:** Chảy máu mũi điểm mạch gặp nam nhiều hơn, thường không rõ nguyên nhân, tỷ lệ tái phát sau điều trị 3 tháng 12.1%.

Từ khóa: chảy máu mũi điểm mạch, nitrat bạc

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF EPISTAXIS TREATED BY SILIVER NITRAT AT NGHE AN OBSTRETICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Study on clinical characteristics and evaluating the treatment results of epistaxis treated by silver nitrate at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study with intervention on 33 patients diagnosed with epistaxis treated by silver nitrate at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2019 to 2020. **Results**: The rate of male/female: 2.1/1, the most common age was 5 -10 years old, accounting for 57.6%, mainly for unknown cause, accounting for 66.7%, one-sided nosebleed accounting for 63.6%. Medium nosebleed level was the most common, accounting for 57.6%. Recurrent nasal bleeding after 3 months was 12.1%. **Conclusions**: Epistaxis was more common in male than female, most cases have unclear cause, the recurrent rate after 3 months of treatment with silver nitrate was 12.1%.

Keywords: epistaxis, silver nitrate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi điểm mạch là bệnh thường gặp trong chuyên ngành Tai mũi họng. Mức độ trầm trọng của chảy máu mũi phụ thuộc vào nguyên nhân, vị trí mạch máu bị tổn thương và xử trí ban đầu. có rất nhiều nguyên nhân gây tình trạng chảy máu mũi, ở trẻ em và người lớn thường có nguyên nhân khác nhau [1],[2]. Trên thế giới, vấn đề nghiên cứu về chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương đặc biệt do giả phình động mạch hàm trong, động mạch cảnh trong hoặc thông động mạch cảnh xoang hang chưa có thống kê đầy đủ mà chủ yếu dưới hình thức

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Tăng Xuân Hải
Email: bstangxuanhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

báo cáo các ca lâm sàng. Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp đốt điểm mạch tương đối nhiều, tuy nhiên đến nay chưa có thống kê cụ thể cũng như nghiên cứu về hình thái, nguyên nhân chảy máu mũi. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chảy máu mũi điểm mạch được đốt điểm mạch bằng nitrat bạc

2. Đánh giá kết quả điều trị đốt điểm mạch bằng Nitrat bạc

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu mũi điểm mạch được điều trị bằng đốt nitrat bạc tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 09/2019 – 09/2020

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu mũi điểm mạch đơn thuần, được đốt điểm mạch bằng nitrat bạc
- Được theo dõi, hẹn khám lại sau 1 tháng sau khi đốt

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chảy máu mũi đo bệnh về máu
- Không được theo dõi, đánh giá lại sau thủ thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu có can thiệp

2.2.2. Biến số nghiên cứu

- Tuổi
- Giới: nam, nữ
- Tiền sử: các bệnh rối loạn máu
- Nguyên nhân: do viêm, do chấn thương, không rõ nguyên nhân
- Tình huống đến viện: đến thẳng viện hay từ tuyến dưới chuyển
- Số bên chảy máu mũi: 1 bên hay 2 bên
- Tình trạng tái phát chảy máu trong 1 tháng trước khi đốt: 1 lần, 2 lần
- Đánh giá mức độ mất máu: nhẹ, trung bình, nhiều
- Số lần đốt: 1 lần, 2 lần, 3 lần
- Đánh giá sau đốt 1 tuần: còn giả mạc, bong giả mạc, còn chảy máu
- Đánh giá sau đốt 1 tháng: không chảy, còn chảy
- Đánh giá sau đốt 3 tháng: không chảy, còn chảy

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 38 bệnh nhân chảy máu mũi điểm mạch được điều trị bằng đốt nitrat bạc, tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1, độ tuổi hay gặp nhất là từ 5-10 tuổi chiếm 57,6%.

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Chấn thương	4	12,1%
Do tình trạng viêm	9	27,3%
Không rõ nguyên nhân	22	66,7%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Thường là chảy máu mũi không rõ nguyên nhân (chiếm 66,7%), một số do tình trạng viêm nhiêm gây nên (chiếm 27,3%).

Bảng 2. Tình huống đến viện.

Tình huống đến viện	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Đên thẳng viện	22	66,7%
Tuyến dưới hoặc các khoa khác chuyển đến	11	33,3%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Đến thẳng viện chiếm 66,7%, và có 33,3% từ tuyến dưới chuyển lên

Bảng 3. Bảng số bên mũi chảy máu

Tình huống đến viện	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
1 bên	21	63,6%
2 bên	12	36,4%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Chảy máu mũi 1 bên chiếm tỷ lệ nhiều hơn (63,6%)

Bảng 4. Mức độ chảy máu

Mức độ chảy máu	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Nhẹ	6	18,2%
Trung bình	19	57,6%
Nhiều	8	24,2%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Chảy máu mức độ trung bình chiếm tỷ lệ nhiều nhất (57,6%)

Bảng 5. Số lần đốt điểm mạch bằng nitrat bạc

Số lần đốt	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
1 lần	18	54,5%
2 lần	9	27,3%
3 lần	6	18,2%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Số bệnh nhân phải đốt điểm mạch từ 2 – 3 lần chiếm gần 1 nửa

Bảng 6. Kết quả điều trị sau 1 tuần

Kết quả sau 1 tuần	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Còn giả mạc	4	12,1%
Bong giả mạc	17	51,5%
Còn chảy máu và phải đốt lại lần 2	12	36,4%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Các trường hợp bong giả mạc trước một tuần chiếm 51,5%, còn giả mạc chiếm 12,1% và có 36,4% còn chảy máu.

Bảng 7. Kết quả điều trị sau 1 tháng

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Còn chảy máu	9	27,3%
Không còn chảy máu	24	72,7%
Tổng	**33**	**100%**

***Nhận xét*:** Sau đốt 1 tháng 72,7% bệnh nhân không còn chảy máu, 9 bệnh nhân (27,3%) vẫn chảy máu.

Bảng 8. Kết quả điều trị sau 3 tháng

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Còn chảy máu	4	12,1%
Không còn chảy máu	29	87,9%
Tổng	**33**	**100%**

Nhận xét: Sau 3 tháng vẫn còn 4 trường hợp chảy máu (chiếm 12,1%)

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam /nữ là 2,7/1, tỷ lệ này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Lê Vĩnh Đức (nam 72% và nữ 23%) [3], và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm (nam 74% và nữ 26%) [4]. Độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 6 – 10 (chiếm 57,6%), nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyên Lê Vĩnh Đức [3]. Chúng tôi chia ra các nhóm nguyên nhân thường dẫn đến tình trạng chảy máu mũi hay gặp ở trẻ bao gồm do chấn thương, do viêm và nhóm không rõ nguyên nhân. Ngoài ra còn có các nhóm bệnh gây chảy máu mũi khác nhưng không thuộc chỉ định đốt điểm mạch như chảy máu mũi do các bệnh về máu. Chúng tôi thấy nhóm không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đới Xuân An (71,43%) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp (chiếm 33,3%) là từ tuyến dưới chuyển đến. không phải chuyển do tình trạng cấp cứu nhưng vì có thể chảy máu mũi hay tái phát. Mặt khác ở trẻ nhỏ cũng ít khi dùng phương pháp đốt điện như người lớn, đốt điểm mạch bằng nitrat bạc cũng it được sử dụng. tại bệnh viện sản nhi nghệ an cũng mới thực hiện và đang đánh giá kết quả.

Theo bảng 3 tỷ lệ chảy máu mũi một bên là 63,6%, chảy máu mũi cả hai bên là 36,4%. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Lê Vĩnh Đức và tác giả Nguyễn Thị Thanh Tâm [3],[4] là từ 65-72% chảy máu mũi một bên và 28- 35% chảy máu mũi hai bên. Trong nghiên cứu của chúng tôi 8/33 (chiếm 24,2%) bệnh nhân chảy máu thành dòng ra cửa mũi trước hoặc xuống họng. Đa số bệnh nhân chảy máu nhiều, tốc độ nhanh trong thời gian ngắn rồi tự cầm và sau đó tái phát. Điều này làm cho bố mẹ trẻ thường lo lắng và đưa trẻ đến viện ngay.

Theo bảng 5, nghiên cứu của chúng tôi có gần một nửa các trường hợp (45,5%) phải đốt từ lần 2 – lần 3, tỷ lệ đốt 1 lần chiếm 54,5%. Vì đây là thủ thuật tương đối đơn giản, kết quả sẽ phụ thuộc vào các yêu tố như: tuổi, vị trị chảy máu, mức độ chảy

máu… theo nghiên cứu của chúng tôi nhóm có tỷ lệ phải đốt từ lần 2 thường là nhóm trẻ lớn hơn. ở nhóm trẻ lớn vận động nhiều hơn, mao mạch lớn hơn nên khi đốt sẽ khó khăn và dễ tái phát hơn. Thường thì đối với trẻ lớn hoặc người lớn nếu tình trạng chảy máu nhiều sẽ phải đốt điện.

Thường kết quả sau 1 tuần sẽ đánh giá và tiên lượng cho kết quả đốt điểm mạch, thông thường tuần đầu sau khi đốt điểm mạch, ngay tại điểm đốt niêm mạc mũi bị cháy giống như bỏng hóa chất. mục đích là làm cháy các mao mạch ở vùng có điểm chảy. Thông thường sau đốt ngày thứ 2 sẽ có giả mạc và sẽ bong sau 1 tuần tùy trường hợp. Theo bảng 6, tỷ lệ đã bong giả mạc chiếm 51,5%, nhóm còn giả mạc chiếm 4 trường hợp (12,1%) và nhóm còn tình trạng chảy máu chiếm tỷ lệ khá cao (36,4%).

Đối với các trường hợp còn tình trạng chảy máu sẽ tiến hành đốt lại, thông thường sẽ đốt 2 – 3 lần. nếu còn tái phát sẽ chuyển phương pháp khác. Để đánh giá kết quả của phương pháp điều trị chúng tôi tiến hành đánh giá lại sau 1 tháng và sau 3 tháng. Đối với các trường hợp sau 1 tháng mục đích để có hướng sau này hẹn bệnh nhân khám lại, nhưng nhận thấy để ổn định và xét tính hiệu quả của phương pháp thì thường phải sau 3 tháng.

Theo bảng 7 và bảng 8 nghiên cứu của chúng tôi có 9/33 (chiếm 27,3%) trường hợp còn tình trạng chảy máu mũi sau 1 tháng và giảm xuống còn 4/33 trường hợp (chiếm 12,1%). Mặc dù tỷ lệ tái phát còn cao nhưng xét về tính hiệu quả thì chấp nhận được vì là phương pháp đơn giản – dễ thực hiện, chi phí thấp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chảy máu mũi điểm mạch ở nam nhiều hơn nữ, gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 6 – 10, chiếm 57,6%, nguyên nhân không rõ chiếm 66,7%, chảy máu mũi một bên chiếm 63,6%. Mức độ chảy máu trung bình gặp nhiều nhất, chiếm 57,6%. Kết quả tái phát sau 3 tháng là 12,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beck R., Sorge M., Schneider A., et al.** (2018). Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care. Dtsch Aerzteblatt Online.**115**, 12-22.
2. **Adoga, A. A., Kokong, D. D., Mugu, J. G., Okwori, E. T., & Yaro, J. P.** (2019). Epistaxis: The demographics, etiology, management, and predictors of outcome in Jos, North-Central Nigeria. Annals of African medicine. **18(2)**, 75–79.
3. **Nguyễn Lê Vĩnh Đức** (2005), Nghiên cứu điều trị chảy máu mũi khó cầm bằng phương pháp điên quang can thiệp nội mạch, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thanh Tâm** (2001). Nghiên cứu vai trò của nội soi trong chẩn đoán và xử trí chảy máu mũi tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương, Luận văn thạc sỹ Y học.
5. **Đới Xuân An** (2007). Nghiên cứu các hình thái lâm sàng của chấn thương tầng giữa khối xương mặt và đánh giá kết quả xử trí với phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH DỊ TẬT BẨM SINH THAI NHI Ở THAI PHỤ CÓ NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải*, Trần Anh Tú*, Lê Thế Thắng*, Lê Mạnh Quý*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các loại dị tật bẩm sinh (DTBS), đánh giá kết quả sàng lọc chẩn đoán trước sinh và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến dị tật bẩm sinh có biểu hiện hình thái bên ngoài ở thai phụ có nguy cơ cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu những thai phụ có nguy cơ cao sinh con dị tật bẩm sinh được sàng lọc, chẩn đoán trước sinh tại trung tâm sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sau sinh- Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 11/2019 đến 8/2020 thỏa mãn các tiêu chí chọn mẫu. **Kết quả:** Tỷ lệ thai nhi bị DTBS có biểu hiện hình thái bên ngoài được sinh ra từ những thai phụ có nguy cơ cao chiếm 7,2%. Dị tật của hệ thần kinh gặp nhiều nhất (25,0%). Các kỹ thuật sàng lọc và chẩn đoán có độ nhạy cao. Học vấn thấp, tiếp xúc với tác nhân vật lý hoặc chồng sử dụng rượu bia, thuốc lá có nguy cơ sinh con dị tật cao hơn nhóm còn lại. **Kết luận:** Tỷ lệ dị tật bẩm sinh thai ở Bệnh viện Sản nhi Nghệ An rất cao vì thế việc hiểu rõ các yếu tố liên quan dị tật bẩm sinh và giá trị các phương pháp sàng lọc chẩn đoán trước sinh rất quan trọng.

Từ khóa: tỷ lệ dị tật bẩm sinh.

**Trung tâm SLCĐTT&SS BV Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tú
Email: trananhtubvgtvinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATION THE PRE-NATAL SCREENING RESULTS FOR THE BIRTH DEFECTS BORN BY HIGH RISK PREGNANT WOMEN IN NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: identify the rate of birth defects, evaluate pre-natal screening results and learn some factors related to birth defects with lateral external morphology in high-risk pregnant women. **Objects and methods:** A Cross-sectional descriptive combines a prospective study of pregnant women at high risk of having a baby with birth defects are screened and diagnosed at Prenatal and Postnatal diagnostic screening Center - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from November 2019 to August 2020 satisfies the sampling criteria. **Results:** The proportion of fetuses with birth defects with morphologic manifestations born to high-risk women was 7.2%. Malformations of the nervous system were the most common, accounting for 25.0%. Highly sensitive diagnostic and screening techniques. Low education, exposure to physical agents or husbands who use alcohol and tobacco have a higher risk of having children with malformations than the other group. **Conclusions:** The rate of birth defects in Nghe An obstetrics and pediatrics Hospital was very high, so it is important to understand the factors related to birth defects and the value of prenatal diagnostic screening methods.

Keywords: the rate of birth defects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê, hàng năm tỷ lệ dị tật bẩm sinh thai khoảng 2 – 3%, dao động từ 1-8% phụ thuộc theo vùng địa lý và chiếm 20-30% trong các nguyên nhân tử vong chu sinh. Những trẻ mang dị tật bẩm sinh sống được thì thiểu năng trí tuệ hoặc kém phát triển về thể lực, nguy cơ ung thư, khó hòa nhập cuộc sống, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. .

Nghiên cứu tỷ lệ dị tật bẩm sinh vô cùng quan trọng, vì thế trong nước và ngoài nước đã có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Trường Đại học Y Dược Huế, hoạt động sàng lọc, chẩn đoán trước sinh đạt hiệu quả cao với tỉ lệ thai dị tật bẩm sinh phát hiện qua siêu âm là 4,5% và 4,3% [1], [2]. Nghiên cứu ở Bệnh viện Từ Dũ cho thấy tỉ lệ dị tật bẩm sinh do bất thường NST chiếm 6,88%. Ở Nghệ An, đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả sàng lọc, chẩn đoán dị tật bẩm sinh thai tại đây. Vì vậy, chúng tôi chọn đề tài này với mục tiêu chính sau: Xác định tỷ lệ các loại dị tật bẩm sinh, tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến dị tật bẩm sinh có biểu hiện hình thái bên ngoài ở thai phụ có nguy cơ cao được sàng lọc, chẩn đoán trước sinh tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 1083 thai phụ có nguy cơ cao sinh con dị tật bẩm sinh được sàng lọc, chẩn đoán trước sinh tại trung tâm sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sau sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 11/2019 đến 8/2020 thỏa mãn các tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ đồng ý nghiên cứu, có nguy cơ cao sinh con bị dị tật bẩm sinh thực hiện sàng lọc, chẩn đoán trước sinh ở tuổi thai từ 11 - 24 tuần và thai được chẩn đoán có dị tật bẩm sinh biểu hiện hình thái bên ngoài.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai dị tật bẩm sinh ở thai phụ có nguy cơ cao sau chấm dứt thai kỳ không nguyên vẹn hình dạng.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

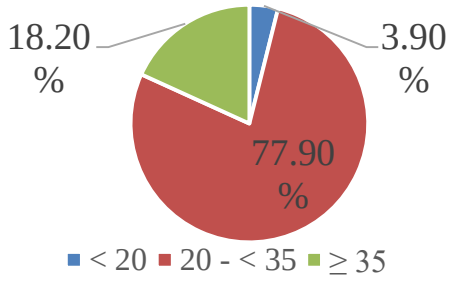
Phương pháp thu thập số liệu: Thực hiện khám thai, chỉ định siêu âm, sinh hóa, chọc ối, đánh giá dị tật bé sau sinh hoặc sau chấm dứt thai kỳ và thu thập số liệu trên những thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính với phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý tự nguyện của thai phụ, các thông tin của thai phụ được giữ bí mật. Chọc ối có thể gây các tai biến vì thế trước khi tiến hành thủ thuật, thai phụ và gia đình thai phụ được tư vấn đầy đủ các tai biến có thể xảy ra.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tuổi thai phụ

Bảng 1: Tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
11 - < 14	296	27,3
14 - < 18	282	26,0
18 - < 22	277	25,6
22 - < 24	228	21,1
Trung bình	16,5 ± 4,2	

Tuổi trung bình của các thai phụ là 28,5 ± 5,7 tuổi và hay gặp nhất là nhóm thai phụ mang thai từ 11 đến dưới 14 tuần tuổi tỉ lệ 27,3%.

Bảng 2: Phân bố thai phụ theo địa dư

Địa dư	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thành thị	358	33,1
Nông thôn	725	66,9
Tổng	**1083**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân nông thôn chiếm nhiều hơn với 66,9%.

Bảng 3: Trình độ học vấn của thai phụ

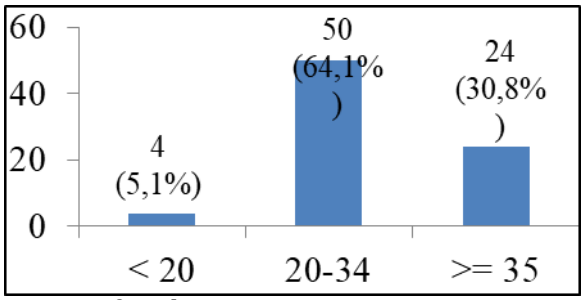
Trình độ học vấn	n	%
Mù chữ, tiểu học	4	0.4
THCS	101	9.3
THPT	891	82.3
CĐ- ĐH- SĐH	87	8.0
Tổng	1083	100

Nhận xét: Nhóm thai phụ sống ở nông thôn nhiều hơn gấp 2 lần ở thành phố. Về nghề nghiệp, nông dân chiếm tỷ lệ lớn nhất với 22,9%.

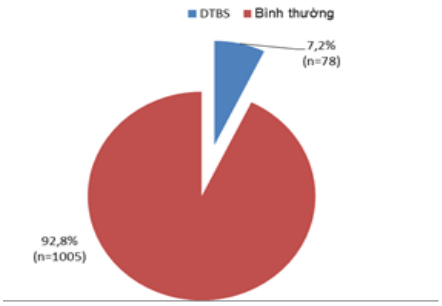
Bảng 4: Số lần mang thai

Số lần mang thai	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Lần đầu	654	60,4
Lần thứ 2 trở lên	429	39,6
Tổng	**1083**	**100**

Nhận xét: Đa số thai phụ mang thai lần đầu chiếm 60,4%.

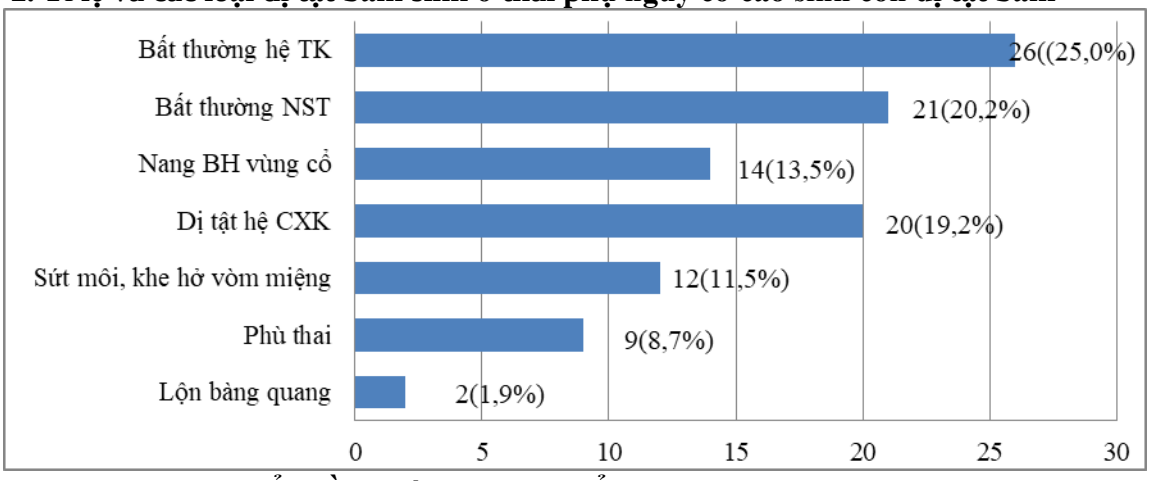


Biểu đồ 2: Tỉ lệ DTBS sinh



Biểu đồ 3: Nhóm tuổi mẹ

2. Tỉ lệ và các loại dị tật bẩm sinh ở thai phụ nguy cơ cao sinh con dị tật bẩm



Biểu đồ 4: Các loại dị tật bẩm sinh theo hệ cơ quan

Nhận xét: Có 78 trường hợp thai nhi bị DTBS có biểu hiện hình thái bên ngoài chiếm tỷ lệ 7,2%. Nhóm tuổi mẹ có tỉ lệ thai DTBS cao nhất là 20-34 tuổi(64,1%); Đa số dị tật bẩm sinh phát hiện sớm ở 3 tháng giữa của thai kỳ (18-22 tuần) chiếm tỉ lệ 28,2%.

a) Các loại dị tật bẩm sinh theo hệ cơ quan

Bất thường hệ thần kinh tỷ lệ lớn nhất (25%), ít nhất là lộn ổ nhớp bàng quang (1.9%).

b) Đánh giá kết quả sàng lọc, chẩn đoán trước sinh

***Giá trị của siêu âm:**

Trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh hệ thần kinh: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm đều đạt 100%. Trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh khe hở môi và khe hở vòm miệng: độ đặc hiệu và tiên đoán dương 100%; độ nhạy 91,7%; tiên đoán âm 99,9%. Trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh hệ cơ xương khớp: chẩn đoán chính xác 80,0% các dị tật, độ đặc hiệu và tiên đoán dương 100%, tiên đoán âm là 99,6%. Trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh khác như nang BH vùng cổ, lộn bàng quang, phù thai đều được chẩn đoán chính xác trước sinh bằng siêu âm.

***Đánh giá kết quả của xét nghiệm Combined test và triple test**

Bảng 5: Kết quả của Combined test và triple test

Kết quả		**NST** bất thường n (%)	**Bình thường** n (%)	**Tổng** n (%)	**p**
Combined test	Nguy cơ cao	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (4,3)	**<0,001**
	Nguy cơ thấp	1 (0.5)	200 (99,5)	201 (95,7)	
	Tổng	**3**	**207**	**210**	
Triple test	Nguy cơ cao	10 (6,3)	148 (93,7)	158(36,6)	**0,028**
	Nguy cơ thấp	6 (2,2)	268 (97,8)	274 (63,4)	
	Tổng	**16**	**416**	**432**	

Nhận xét: Combined test sàng lọc phát hiện 66,7% dị tật bẩm sinh ở thai 11 đến dưới 14 tuần với độ đặc hiệu 96,6%, tiên đoán dương 22,2%, tiên đoán âm 99,5%. Kết quả Triple test sàng lọc phát hiện 62,5% dị tật bẩm sinh ở thai nhi 14-21 tuần với độ đặc hiệu là 64,4%; tiên đoán dương 6,3%, tiên đoán âm 97,8%.

***Đánh giá kết quả xét nghiệm của QF-PCR dịch ối:** Kết quả bất thường chiếm 18,3%. Xét nghiệm QF-PCR dịch ối trong nghiên cứu có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm đạt 100%.

c) Các yếu tố liên quan đến dị tật bẩm sinh thai

Thai phụ có tiền sử thai lưu có nguy cơ thai dị tật cao hơn nhóm không có tiền sử lưu thai 3,247 lần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p= 0,313.

Bảng 6: Các yếu tố khác

Yếu tố	Đơn vị	Phân tích đơn biến	
		OR (95%)	p
Địa dư	Nông thôn Thành thị	1.980 (1.205-3.254)	0.06
TX HH/BVTV	Có Không	14.618 (5.882-36.326)	0.001
TX tác nhân vật lý	Có Không	38.123 (16.662-87.432)	0.001
TX khói thuốc	Có Không	4.649 (2.849-7.586)	0.001
Tiền sử sẩy thai	Có Không	2.124 (1.045-4.320)	0.034
Tiền sử thai lưu	Có Không	3.247 (0.358-29.4.6)	0.313

IV. BÀN LUẬN

Trong 1083 thai phụ tham gia nghiên cứu, các thai phụ có độ tuổi chủ yếu từ 20 đến < 35 tuổi (77,9%). Tuổi trung bình của các thai phụ là 28,5 ± 5,7 tuổi. Tương tự với nghiên cứu của Võ Châu Quỳnh Anh [1], Lưu Thị Hồng [2], Nguyễn Việt Hùng [5]. Nhóm thai phụ mang thai từ 11 đến dưới 14 tuần tuổi thai được sàng lọc, chẩn đoán trước sinh nhiều nhất (tỉ lệ 27,3%). Tuổi thai trung bình 16,5 tuần. Đa số nhóm thai phụ đều đến từ nông thôn (66.9%) vì thế nghề nghiệp nông dân chiếm tỷ lệ lớn nhất (22,9%) là điều dễ hiểu. Thai phụ mang thai lần đầu chiếm 60,4% và khoảng 82,3% học đến THPT đến khám và thực hiện sàng lọc, chẩn đoán trước sinh. Kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Võ Châu Quỳnh Anh [1], Lưu Thị Hồng [2], Nguyễn Việt Hùng [5], các thai phụ sống ở thành phố và làm viên chức là chủ yếu. Điều này có thể được lý giải vì khu vực chúng tôi, các xã, huyện là nông thôn là chủ yếu.

Dị tật bẩm sinh có biểu hiện hình thái bên ngoài chiếm tỷ lệ 7,2%. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Hà Thị Tiểu Di tại

Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng (2018) ghi nhận 7,7% [3] tuy nhiên khi so với các nghiên cứu của các tác giả khác trong nước và nước ngoài thì tỷ lệ DTBS thai nhi của chúng tôi cao hơn như của tác giả Lưu Thị Hồng nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (4.55%) [2] hay như của Smith LK và CS năm 2011 (4,3%) [6]. Điều này được giải thích do nghiên cứu của các tác giả nước ngoài thực hiện ở trẻ sơ sinh và các trẻ em đến khám tại bệnh viện mà trong quá trình mang thai một số thai nhi DTBS đã bị chết trong tử cung hoặc chết sau sinh. Ngoài ra tỷ lệ DTBS của chúng tôi cao do trung tâm chúng tôi thường tiếp nhận các trường hợp bất thường thai nhi ở các tuyến chuyển đến.

DTBS của hệ thần kinh gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 25,0% và thấp nhất là dị tật hệ tiết niệu với 2 trường hợp lộn ổ nhớp bàng quang chiếm 1,9%. Kết quả tương tự với mô hình DTBS của các tác giả Võ Châu Quỳnh Anh [1] Nguyễn Việt Hùng[5], Lưu Thị Hồng[2]. Trong mô hình này, các DTBS của hệ thần kinh thường gặp với tần suất cao nhất, sau đó là DTBS hệ cơ xương khớp, mặt...

Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán DTBS hệ thần kinh ở nghiên cứu chúng tôi giống kết quả của Nguyễn Việt Hùng[5] nhưng so với Lưu Thị Hồng[2] thì kết quả của chúng tôi có độ nhạy cao hơn. Theo Lưu Thị Hồng[2], độ nhạy đạt 97,07%. So với các tác giả nước ngoài, độ nhạy của siêu âm chẩn đoán DTBS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Theo Levi S và CS [7], độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán DTBS của hệ thần kinh là 79,95%. Trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh khe hở môi và khe hở vòm miệng, giá trị của siêu âm trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy cao hơn kết quả của các nghiên cứu DTBS sứt môi và khe hở vòm miệng bằng siêu âm 2 chiều là Levi S (17,5%) [7]. Như vậy, vai trò của siêu âm 3 chiều trong chẩn đoán các dị tật sứt môi và khe hở vòm miệng rất quan trọng và có độ chính xác cao hơn nhiều so với siêu âm 2 chiều. Trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh hệ cơ xương khớp, kết quả này của chúng tôi có độ nhạy, độ đặc hiệu tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Việt Hùng [5], cao hơn Levi S và CS [7]. Thấp hơn Lưu Thị Hồng [2]. Còn trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh khác, kết quả của chúng tôi tương tự như của các tác giả khác.

Trong các yếu tố liên quan đến dị tật bẩm sinh thai, về độ tuổi mang thai của thai phụ, Nguyễn Việt Hùng [5], Lưu Thị Hồng [2] và chúng tôi đều ghi nhận những phụ nữ từ tuổi 35 trở lên sẽ tăng nguy cơ sinh con bị DTBS, trong đó có bất thường NST. Vì vậy lời khuyên cho những thai phụ ở nhóm tuổi này nên sàng lọc DTBS thai bằng siêu âm, xét nghiệm combined test, triple test và chọc ối. Về yếu tố nơi cư trú, nghề nghiệp và trình độ học vấn, phù hợp với kết quả của Lưu Thị Hồng[2] nhưng khác kết quả của Nguyễn Việt Hùng (viên chức có tỷ lệ thai bị DTBS cao nhất (41,76%)) [5], Võ Châu Quỳnh Anh (tỷ lệ DTBS thai nhiều nhất ở người làm nội trợ) [1]. Có thể thấy do những tầng lớp xã hội có mức sống thấp có tỷ lệ thai DTBS và tử vong sơ sinh cao hơn các tầng lớp xã hội có mức sống cao. Tiếp xúc với hóa chất , phân bón và thuốc trừ sâu có liên quan đến DTBS thai nhi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng (24,47%) [5], và Lưu Thị Hồng [2]. Nhiều tác giả nước ngoài cũng đã đưa ra nhận xét là thuốc trừ sâu, một số loại hóa chất, hay kim loại nặng có khả năng gây DTBS thai. Rượu và thuốc lá cũng gây

tăng nguy cơ DTBS thai. Nhóm thai phụ có chồng hút thuốc lá sinh con bị DTBS chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm không hút thuốc lá 7,894 lần. Trong nghiên cứu, cha mẹ sử dụng rượu bia làm tăng nguy cơ sinh con có DTBS thai nhi gấp 4,649 lần so với không sử dụng. Sự gia tăng này có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng cho thấy điều tương tự như vậy.

V. KẾT LUẬN

Các dị tật bẩm sinh thai có biểu hiện hình thái bên ngoài được sinh ra từ những thai phụ nguy cơ cao ở Nghệ An có tỷ lệ rất cao (7,2%) so với thế giới và một số khu vực khác trong cả nước. Tỷ lệ dị tật thần kinh gặp nhiều nhất. Việc phát hiện các dị tật này luôn là một thách thức với những người làm công tác sàng lọc chẩn đoán trước sinh. Tuy nhiên nhờ các phương pháp hiện đại như siêu âm có độ nhạy rất cao (80%-100%) hoặc như các xét nghiệm combined test độ nhạy 66,7% ở tuổi thai nhỏ hơn 14 tuần, QF-PCR dịch ối có thể chẩn đoán 100% các trường hợp bất thường nhiễm sắc thể thai nhi đã góp phần thúc đẩy vai trò của sàng lọc chẩn đoán trước sinh lên một tầm cao mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Châu Quỳnh Anh (2012),** Khảo sát một số loại dị dạng thai nhi trên siêu âm và các yếu tố liên quan từ 05/2011 đến 05/2012 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, Luân văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Huế.
2. **Lưu Thị Hồng (2008),** Phát hiện dị dạng thai nhi bằng siêu âm và một số yếu tố liên quan đến dị dạng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
3. **Hà Thị Tiểu Di (2018),** Nghiên cứu tình hình dị tật bẩm sinh thai nhi từ 11 đến 14 tuần tại bệnh viện Phụ sản Nhi- Đà Nẵng, Tạp chí Phụ sản: tập 16 số 2(2018)
4. **Phan Chiến Thắng và cộng sự (2005),** "Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm bất thường và kết quả phân tích nhiễm sắc thể trong chẩn đoán trước sinh", **Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh,** 9 (4), tr. 205 – 209.
5. **Nguyễn Việt Hùng (2006),** Xác định giá trị của một số phương pháp phát hiện dị tật bẩm sinh của thai nhi ở tuổi thai 13 - 26 tuần, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Smith L.K., Budd J.L., Field D.J., Draper E.s. (2011),** "Socioeconomic inequalities in outcome of pregnancy and neonatal mortality associated with congenital anomalies: population based study", BMJ, 343(d4306), pp. doi: 10.1136/bnxj.d4306.
7. **Levi S, et all (1995),** "Sensibility and speeifility of routine antenatal screening for congenital anomalies by ultrasound: The Belgian Multicentric study ", Ultrasound Obstet. Gunecol, 1, pp. 102 – 110.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải[1], Dương Minh Đức[1], Âu Thị Hường[1], Nguyễn Thị Ngọc[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh siêu âm tắc ruột và xác định vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và phát hiện một số nguyên nhân gây tắc ruột ở trẻ em. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 54 ca được siêu âm và chẩn đoán tắc ruột tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An từ năm 2018 đến năm 2020. **Kết quả:** Lứa tuổi chủ yếu từ 3- 5 tuổi chiếm 46,3%, tỷ lệ nam/nữ là 3,5, có 83,3% trẻ đến từ nông thôn. Bệnh nhân nhập viện chủ yếu với lý do đau bụng 100%. Dấu hiệu quai ruột dãn quai ruột xẹp gặp ở tất cả các bệnh nhân. Mức hơi dịch trên Xquang có ở 94,4% bệnh nhân. Siêu âm xác định được nguyên nhân tắc ruột trong 64,8% trường hợp. **Kết luận:** Siêu âm là phương pháp chẩn đoán tắc ruột, xác định được một số nguyên nhân tắc ruột trẻ em với độ chính xác cao.

Từ khóa: Tắc ruột trẻ em, siêu âm

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ULTRASOUND IN CHILDREN INTESTINAL OBSTRUCTION DIAGNOSIS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Describe an ultrasound image of intestinal obstruction and determine the role of ultrasound in diagnosing and detecting some causes of intestinal obstruction in children. **Subjects and methods:** A retrospective study of 54 children diagnosed with intestinal obstruction using ultrasound at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Most cases aged from 3 to 5 years old and accounted for 46.3%. The ratio of male / female was 3.5, with 83.3 % of children coming from rural areas. Patients were hospitalized mainly because of abdominal pain. Symptoms of lumbar dilated loops were observed in all patients. Lever air fluid on radiography appeared in 94.4% of the patients. Using ultrasound enabled us to identify the cause of intestinal obstruction in 64.8% of the cases. **Conclusions:** Ultrasound is a diagnostic method of intestinal obstruction which can identify some causes of intestinal obstruction with high accuracy.

Keywords: Intestinal obstruction, ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa chỉ đứng hàng thứ hai sau viêm ruột thừa cấp. Là một hội chứng do ngừng lưu thông hơi và dịch tiêu hóa trong lòng ruột gây ra, có thể xảy ra từ tá tràng tới hậu môn. Nếu chỉ dựa vào lâm sàng và phim X - quang bụng đứng không chuẩn bị như trước đây, chỉ có thể chẩn đoán được một số các trường hợp tắc ruột điển hình, dễ bỏ sót các trường hợp không điển hình cũng như dễ nhầm lẫn với một số bệnh lý khác, và cũng rất khó chẩn đoán nguyên nhân gây tắc

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Đức
Email: Auhuong19930811@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

ruột. Từ khi siêu âm trở nên phổ biến, nó đã giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán tắc ruột với độ chính xác cao hơn X - quang trong chẩn đoán tắc ruột cũng như mức độ tắc, siêu âm còn chẩn đoán được một số nguyên nhân gây tắc ruột. Tuy nhiên siêu âm lại bị hạn chế bởi hơi trong đường ruột. Ngoài ra siêu âm còn là một kỹ thuật mang tính chủ quan và khó đánh giá lại độ chính xác của kết quả trước đó khi cần, cũng như phụ thuộc vào sự hợp tác của bệnh nhân.

Từ trước tới nay trên thế giới và trong nước đã có nhiều đề tài nghiên cứu về tắc ruột. Tại Nghệ An đã có nhiều đề tài nghiên cứu về tắc ruột nhưng chưa có đề tài nào nghiên cứu sâu về tắc ruột ở trẻ em. Ở đề tài này chúng tôi chỉ nghiên cứu về tắc ruột ở trẻ em ngoại trừ nhóm tuổi sơ sinh (từ 1-30 ngày sau đẻ).

Với đề tài "Đánh giá vai trò của siêu âm trong chẩn đoán tắc ruột ở trẻ em" chúng tôi nhằm mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm của bệnh nhân tắc ruột.

2. Xác định vai trò của siêu âm trong chẩn đoán tắc ruột và phát hiện một số nguyên nhân gây tắc ruột ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 54 trẻ được siêu âm tại khoa thăm dò chức năng và được chẩn đoán là tắc ruột đã được khám và điều trị và phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 9 năm 2018 đến tháng 9 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu, mô tả so sánh các yếu tố chẩn đoán tắc ruột. Các số liệu nghiên cứu thu thập từ bệnh án thuộc diện nghiên cứu được ghi chép đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và được nhập bằng phần mềm Excel. Sau đó nhờ phầm mềm Medcalc 10.1 số liệu được phân tích dưới dạng tần số và tỷ lệ theo bảng biểu và các pháp thống kê để xác định các yếu tố liên quan với đặc tính mẫu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu gồm 42 nam và 12 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 3,5; độ tuổi chủ yếu là 3-5 tuổi chiếm 46,3%. Chủ yếu trẻ đến từ nông thôn chiếm 83,3%. Có 27,8% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng chậu.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Dấu hiệu lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	54	100
Nôn	33	61,1
Chướng bụng	38	70,3
Bí trung đại tiện	35	64,8

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu đi khám vì đau bụng chiếm 100%.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sốt	7	12,9
Bụng chướng	44	81,5

Dấu hiệu rắn bò	2	3,7
Dấu quai ruột nổi	19	35,1
Sờ thấy khối ổ bụng	7	12,9
Phản ứng thành bụng	11	20,3
Thấy khối thoát vị vùng bẹn	4	7,4

Nhận xét: Triệu chứng bụng chướng chiếm tỷ lệ cao nhất 81,5%, thấp nhất là dấu rắn bò với 3,7%.

Bảng 3. Dấu hiệu thường gặp trên siêu âm bụng chẩn đoán tắc ruột

Hình ảnh siêu âm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Quai ruột dãn và quai ruột xẹp	54	100
Nhu động bất thường (tăng nhu động từng đợt, nhu động cuộn xoáy, mất nhu động)	45	83,3
Thành ruột dày phù nề	24	44,4
Mất tưới máu ruột trên Doppler màu	2	3,7
Dịch ổ bụng	46	85,1

Quai ruột dãn và quai ruột xẹp chiếm tỷ lệ cao nhất 100%.

Bảng 4. Vị trí tắc ruột trên siêu âm

Vị trí chuyển tiếp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tá tràng	5	9,3
Hỗng tràng và hồi tràng	22	40,7
Manh tràng và đại tràng lên	0	0
Đại tràng ngang	0	0
Đại tràng xuống	2	3,7
Trường hợp nhận định tắc ruột cơ học trên siêu âm	9	16,7
Không xác định được trên siêu âm	16	29,6
Tổng	54	100

Nhận xét: Vị trí chuyển tiếp gặp nhiều nhất ở hỗng tràng và hồi tràng chiếm 40.7%.

Bảng 5. Dấu hiệu thường gặp trên phim chụp Xquang bụng đứng

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mức nước mức hơi	51	94,4
Quai ruột dãn	46	85,2

Nhận xét: Hình ảnh mức nước mức hơi trên Xquang chiếm 94,4%

Bảng 6. Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột

Nguyên nhân	Siêu âm				Phẫu thuật	%
	Có	%	Không	%		
Màng ngăn có lỗ	1	1,9	0	0	1	1,9

Ruột đôi	0	0	0	0	0	0
Dây chằng Ladd và xoắn trung tràng	2	3,7	1	1,9	1	1,9
Dính ruột từ thời kì bào thai	0	0	0	0	0	0
Xoắn ruột do túi thừa Meckel	2	3,7	2	3,7	4	7,4
Lồng ruột	6	11,1	1	1,9	3	5,5
Xoắn ruột	0	0	2	3,7	2	3,7
Giun đũa	2	3,7	0	0	0	0
Bã thức ăn	7	12,9	0	0	3	5,5
Tắc ruột do dính	2	3,7	10	18,5	3	5,5
Thoát vị bẹn nghẹt	4	7,4	0	0	4	7,4
Viêm dày – hẹp ở bệnh Crohn	0	0	0	0	0	0
U của ruột	0	0	1	1,9	1	1,9
Thoát vị nội	0	0	2	3,7	2	3,7
Tắc ruột cơ năng (liệt ruột)	9	16,7	0	0	9	16,7
Tổng	35	64,8	19	35,2	33	61,1

Nhận xét: Siêu âm xác định được 64,8% nguyên nhân gây tắc ruột. Không xác định được nguyên nhân trong 35,2% trường hợp, có 61,1% bệnh nhân tác ruột được phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, trẻ đến viện có thể không đầy đủ các triệu chứng trong tứ chứng kinh điển của tắc ruột là đau- nôn- bí- chướng. Tuy nhiên tất cả các trẻ trong nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng, theo Nguyễn Văn Phương tỷ lệ triệu chứng đau bụng cũng là 100%. Triệu chứng thực thể được phát hiện nhiều nhất là chướng bụng chiếm 81,5%, tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thanh Hải là 85%. Triệu chứng rắn bò rất có giá trị trong chẩn đoán tắc ruột, tuy nhiên ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3,7%, triệu chứng này theo Đặng Ngọc Hùng là 17%, nên không có dấu hiệu này không thể loại được tắc ruột.

Hình ảnh siêu âm thường gặp nhất là quai ruột dãn và quai ruột xẹp xuất hiện ở tất cả bệnh nhân, số liệu này tương đồng với nghiên của Bùi Thanh Hải là 100%. Nhu động bất thường xảy ra ở 83,3% bệnh nhân sô liệu Nguyễn Quang Đức là 83%. Biểu hiện thành ruột dày phù nề chiếm 44,4%, thường xuất hiện ở các bệnh nhân tắc ruột cơ năng do liệt ruột và tắc ruột cơ giới do nhóm thắt nghẹt. Đánh giá tưới máu ruột ở trẻ em đôi khi gặp khó khăn do trẻ quấy khóc nhiều, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp chiếm 3,7% bệnh nhân giảm tưới máu ruột hồi cứu sau mổ là hai trường hợp hoại tử ruột phải cắt đoạn ruột. Dịch ổ bụng chiếm 85,1% theo Nguyễn Quang Đức là 80%. Vị trí chuyển tiếp nhiều nhất ở hỗng tràng và hồi tràng chiếm 40,7%, tá tràng chỉ gặp 9,3%. Có 29,6% trường hợp không tìm được vị trí chuyển tiếp trên siêu âm, những trường hợp này chúng tôi cũng không tìm được nguyên nhân gây tắc ruột.

Theo một số tác giả trong và ngoài nước hình ảnh mức hơi dịch được xem là dấu hiệu

chính trong chẩn đoán tắc ruột. Tuy nhiên ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 94,4% bệnh nhân có hình ảnh mức hơi dịch trên Xquang, những bệnh nhân không có hình ảnh mức hơi dịch chủ yếu là tắc ruột do thắt nghẹt, nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khánh là 75.2%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi siêu âm xác định được nguyên nhân trong 64,8% trường hợp. Trong đó xác định được 16.7% bệnh nhân liệt ruột, theo y văn là 3-5%, có thể cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn để đánh giá chính xác tỷ lệ này. Về nguyên nhân tắc ruột cơ giới chủ yếu xác định được ở nhóm tắc ruột mắc phải, tỷ lệ xác định được trên siêu âm cao nhất là nhóm tắc ruột do lồng ruột và bã thức ăn chiếm 11,1% và 12,7%. Các trường hợp tắc ruột do dính ruột xác định được trên siêu âm là 3,7% tuy nhiên có tới 18,5% bệnh nhân dính ruột không phát hiện được trên siêu âm. Ngoài ra các nguyên nhân như tắc ruột do dây chằng, do thoát vị nội cũng là hạn chế của siêu âm.

Trong số bệnh nhân tắc ruột thì chỉ có 61,1% bệnh nhân được phẫu thuật, một số trường hợp tắc ruột có thể điều trị nội khoa nếu phát hiện sớm, điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại siêu âm là một cận lâm sàng được sử dụng phổ biến và rất có giá trị trong chẩn đoán tắc ruột bởi nhiều ưu điểm như độ nhạy và độ đặc hiệu cao, rẻ tiền hơn rất nhiều so với MRI hay CT, không xâm nhập, không gây hại cho trẻ em, có thể làm đi làm lại nhiều lần, và lợi thế hơn Xquang trong những trường hợp tắc do thắt nghẹt mà không có hình ảnh mức hơi dịch. Hơn thế nữa siêu âm góp phần chẩn đoán một số nguyên nhân chính xác, tiên lượng được mức độ tổn thương ruột giúp nhà lâm sàng lựa chọn được phương pháp điều trị phù hợp. Tuy nhiên đây là một phương pháp còn phụ thuộc rất nhiều vào tay nghề bác sĩ siêu âm, chất lượng máy siêu âm và phụ thuộc vào tình trạng hơi ổ bụng, cũng như hợp tác của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thanh Hải (2008)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xquang, siêu âm và tổn thương giải phẫu bệnh trong tắc ruột sau mổ, Luận văn tiến sĩ y học, Học viện quân Y.
2. **Đặng Ngọc Hùng (2016),** Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫuthuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. **Nguyễn Văn Phương (2017),** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân tắc ruột, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y dược Huế.
4. **Nguyễn Văn Khánh (2019)** Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán một số nguyên nhân tắc ruột cơ giới, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
5. **Nguyễn Quang Đức (2012),** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh xquang, siêu âm trong chẩn đoán hình ảnh tắc ruột sau mổ, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
6. **Adamou H et al (2017),** Acute mechanical intesstinal obsstruction in children at Zinder national hospital Niger: Aetiologies and prognosis.
7. **Christoph H. Houben (2013),** Epdermoiology of small bowel obstruction beyond the neonatal period, Annals of Pediatic surgery.

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT SÓNG CAO TẦN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA ROBOT TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*, Phạm Vĩnh Hùng*
Nguyễn Khánh Toàn*, Phạm Thị Quỳnh Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) bằng phương pháp đốt sóng cao tần (RFA) có sử dụng Robot dẫn đường.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 45 bệnh nhân UTPKTBN điều trị bằng RFA có sử dụng Robot dẫn đường. Những bệnh nhân này không cắt bỏ được u vì chống chỉ định phẫu thuật hay do có bệnh phối hợp hoặc từ chối phẫu thuật hoặc giai đoạn tiến xa.

Kết quả: Không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần chiếm 93,4% (n =42), bệnh ổn định 4,4% (n=2) và có 1 bệnh nhân tiến triển chiếm 2,2%.Triệu chứng cơ năng cải thiện rõ rệt ở 34 bệnh nhân chiếm 75,5%, có 2 bệnh nhân triệu chứng cơ năng tăng nặng hơn. Thời gian sống thêm trung bình bệnh không tiến triển 18,1 tháng và thời gian sống thêm trung bình toàn bộ là 27,0 tháng. Các biến chứng sau điều trị thường ở mức độ nhẹ, hay gặp nhất là đau ngực và ho ra máu với tỷ lệ tương đương là 88,9% và 66,6%. Tràn khí màng phổi gặp ở 8 bệnh nhân chiếm 17,8% và chỉ có 4,4% (n=2) bệnh nhân có tràn khí màng phổi phải dẫn lưu.

Kết luận: Điều trị UTPKTBN bằng phương pháp RFA có Robot dẫn đường đạt hiệu quả tốt, ít tai biến biến chứng nên được áp dụng là một liệu pháp điều trị thường quy.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, đốt sóng cao tần.

SUMMARY

TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH ROBOT-GUIDED RADIOFREQUENCY ABLATION AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of treating non-small cell lung cancer with robot-guided RFA.

Materials and Methods: Clinical intervention for 45 patients with non-small cell lung cancer participating in the study was treated with high-frequency burning using guide robot. These patients cannot undergo surgery because of a contraindication to surgery because of a combination disease or refusal of surgery or advanced stage.

Results: None of the patients had a complete response, partial response accounted for 93.4% (n = 42), stable disease 4.4% (n = 2) and 1 patient progressed accounted for 2.2%. The functional symptoms improved significantly in 34 patients accounting for 75.5%, 2 patients accounted for 4.4% of the functional symptoms were aggravated. The Progression- free survival is 18,1 months and overall survival is 27,0

**Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vĩnh Hùng
Email: bsphamvinhhung@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

months.. Complications after treatment were usually mild, most common syptoms were chest pain and hemoptysi with 88.9% and 66.6% respectively. Pneumothorax presented in 8 patients, accounting for 17, 8% and only 4.4% (n = 2) patients with pneumothorax had to be drainaged.

Conclusion: Treatment of non-small cell lung cancer with robot-guided RFA is effective, less complications should be applied as a routine treatment.

Keywords: non small cell lung cancer, radiofrequency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới trong những thập kỷ gần đây. Theo GLOBOCAN năm 2018 trên toàn thế giới có khoảng 2.094 triệu, chiếm tổng số 11,6% bệnh nhân ung thư.

UTPKTBN chiếm 75-80% số bệnh nhân ung thư phổi. 15-20% bệnh nhân còn khả năng phẫu thuật, còn lại phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn hoặc có bệnh nội khoa phổi hợp[1].Do vậy RFA là một phương pháp được lựa chọn trên những bệnh nhân này

Năm 2008 lần đầu tiên phương pháp điều trị khối u phổi bằng RFA được Riccardo Lencioni báo cáo thử nghiệm trên 106 bệnh nhân. Cho đến nay phương pháp này được sử dụng ở nhiều trung tâm trên thế giới và trở thành 1 lựa chọn trong điều trị ung thư phổi. Năm 2013 bệnh viện Ung Bướu Nghệ An bắt đầu tiến hành điều trị UTPKTBN bằng RFA. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ hiệu quả điều trị cũng như các tai biến thường gặp của phương pháp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng Ung thư phổi không tế bào nhỏ

2. Đánh giá kết quả điều trị Ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phương pháp đốt sóng cao tần có Robot dẫn đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng từ tháng 8/ 2013 đến tháng 6/2020 với cỡ mẫu thuận tiện 45 trường hợp UTPKTBN được điều trị RFA bằng máy Cool-tip RF Ablation system E series dưới hướng dẫn của Robot Maxio.

Quy trình kỹ thuật:

Vị trí và hướng đâm kim vào u phổi được hướng dẫn bởi chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và sự hỗ trợ của Robot Maxio định vị. Sau khi tiền mê và bệnh nhân ngủ yên, thủ thuật viên sẽ sát khuẩn da và gây tê bằng lidocaine 2% rồi đưa một cây kim điện cực qua da vào chính giữa khối u. Căn cứ vào đường kính u phổi mà thủ thuật viên sẽ điều chỉnh thời gian đốt.

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Độ tuổi trung bình của bệnh nhân		66,0 + 3,3 (47-85)	
Giới tính	Nam	33	72%

	Nữ	12	28%
Bệnh phối hợp	Đái tháo đường Bệnh tim mạch Bệnh phổi mạn tính Viêm gan Không	9 16 5 1 14	20,0% 35,5% 11,1% 2,2% 31,1%
Hút thuốc lá	Có	36	80,0 %
	Không	9	20,0 %
Thời gian phát hiện bệnh	≤ 1 tháng	29	64,4%
	1 - 2 tháng	11	24,4%
	2 - 4 tháng > 4 tháng	3 2	6,6% 4,4%
Thể trạng chung	PS = 0		7,1%
	PS = 1 PS = 2 PS = 3		52,4% 35,7% 2,4%
Giai đoạn bệnh	I II III IV	11 9 5 20	24,4% 20,0% 11,1% 44,5%
Kích thước u nguyên phát	< 30 mm 30 < u < 50 > 50 mm	21 20 4	46,7% 44,4% 8,9%
Mô bệnh học	UTMB tuyến UTBM vảy UTP KTBN	21 9 15	46,7% 20,0% 33,3%

Tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,0 ± 3,3 tuổi (47-85). Liên quan đến sử dụng hút thuốc có 80,0 % bệnh nhân và chủ yếu là nam giới. Giai đoạn bệnh, có 44,5% giai đoạn IV không có chỉ định phẫu thuật, 68,9% bệnh nhân có bệnh lí nội khoa phối hợp trong đó hay gặp nhất là bệnh về tim mạch chiếm 35,5%. Kích thước u phổi trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thấy có 21 (46,7%) bệnh nhân có đường kính u phổi < 30 mm chiếm tỷ lệ cao nhất, và chỉ có 8,9% bệnh nhân có kích thước u lớn hơn 50mm. Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến với 21 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 46,7%, tiếp theo là ung thư phổi không tế bào nhỏ 15 (33,3%) bệnh nhân, ung thư biểu mô vảy có 9 (20,0%) bệnh nhân.

3.2 Kết quả đốt sóng cao tần

Trước thủ thuật có 45 bệnh nhân có triệu chứng đau ở mức độ nhẹ và vừa, kết quả sau đốt sóng cao tần 1 tháng chỉ còn 13 bệnh nhân còn triệu chứng đau ($p< 0,05$). Kết quả này cho thấy có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng sau 1 tháng RFA.

Bảng 2: Số lần đốt sóng cao tần

Số lần RFA	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 lần	36	80,0
2 lần	9	20,0

Trung bình mỗi bệnh nhân UTPKTBN được RFA 1,2 lần.

Bảng 3: Các loại kim sử dụng, thời gian và cường độ RFA

Loại kim (N= 27)	Số lần sử dụng	Tỷ lệ %	Thời gian đốt trung bình (phút)
15* 1cm	Không sử dụng lần nào do kích thước khối u phần lớn trên 1cm		
20*1cm			
15*2cm	16	35,5	13,4
20*2cm	9	20,0	
15*3cm	12	26,6	15,7
20*3cm	8	17,7	

Loại kim hay sử dụng nhất là 15*2cm với thời gian đốt sóng cao tần trung bình là 13,4 phút.

Bảng 4: Đáp ứng sau điều trị

Đánh giá đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng 1 phần	42	93,4
Bệnh ổn định	2	4,4
Bệnh tiến triển	1	2,2

Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 97,8%, có 1 bệnh nhân tiến triển, chiếm 2,2 %.

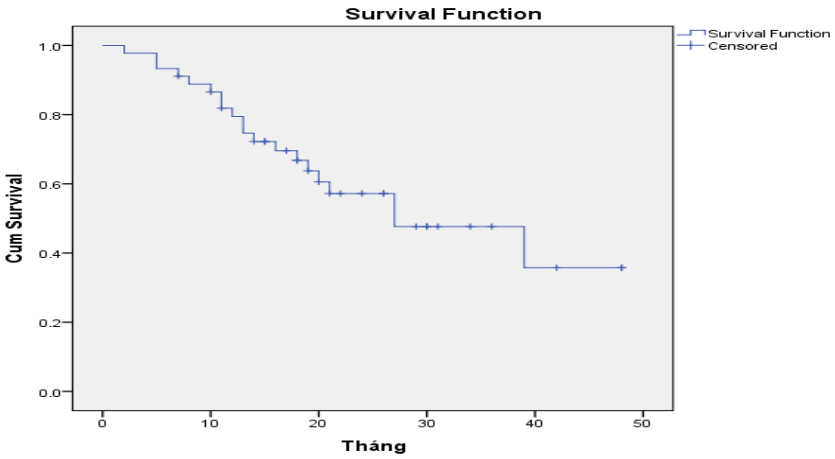
Bảng 5: Các tai biến, biến chứng.

Các tai biến, biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau tức ngực	40	88,9
Ho ra máu	30	66,6
Tràn khí màng phổi	8	17,8
Tràn khí màng phổi phải dẫn lưu	2	4,4
Tràn máu màng phổi	1	2,2
Viêm phổi sau thủ thuật	3	6,6

Sau thủ thuật, có 8 trường hợp tràn khí màng phổi lượng ít, theo dõi sau 24 giờ có 2 (chiếm 4,4%) trường hợp tràn khí màng phổi lượng nhiều phải tiến hành dẫn lưu màng phổi vừa phải đặt ống dẫn lưu kín màng phổi.

Thời gian sống thêm trung bình bệnh không tiến triển là 18,1 tháng.

Thời gian sống thêm trung bình toàn bộ là 27,0 tháng



IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,0 +/- 3,3 tuổi gần tương đương nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018) là 62,0 và của Mai Trọng Khoa (2016) là 60,5 tuổi [2]. Thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu gây ra ung thư phổi, trong nghiên cứu của chúng tôi 80% bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc lá[3,4]. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác như Nguyễn Hoài Nga (2014) 90,2%, Bùi Diệu (2010) là 80,5%. Bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ lớn nhất với 44,5%. Tỷ lệ này cao gấp đôi so với nghiên cứu Belan MD (2010) chỉ có 21% bệnh nhân giai đoạn IV [5].

4.2 Kết quả đốt sóng cao tần

Trung bình mỗi bệnh nhân UTPKTBN được đốt sóng cao tần 1,2 lần. Loại kim được hay sử dụng nhất là 15*2 cm với thời gian đốt trung bình là 13,4 phút. Tỷ lệ kiểm soát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 97,8% tuy thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Trọng Toàn (2013) với tỷ lệ kiểm soát bệnh lên đến 100%[4]. Điều này cho thấy RFA kiểm soát tình trạng khối u rất tốt.

Thời gian sống thêm trung bình bệnh không tiến triển là 18,1 tháng, thấp hơn so với nghiên cứu của Beland MD (2010) là 23 tháng [5]. Nguyên nhân có thể là do trung nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ở giai đoạn muộn chiếm tỷ lệ cao hơn. Thời gian sống trung bình toàn bộ của nghiên cứu là 27,0 tháng, cao hơn nghiên cứu của Hiran C. Fernando (2005) trên 18 bệnh nhân có độ tuổi từ 58-86 là 18,0 tháng [6]. Theo nghiên cứu của Penather A (2009) trên 100 bệnh nhân ung thư phổi không phẫu thuật được cho kết quả thời gian sống trung bình toàn bộ đạt 23 tháng [7]

Tai biến biến chứng hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là đau ngực và ho ra máu nhưng ở mức độ nhẹ. Tỷ lệ tràn khí chỉ gặp 17,8% (n=8) trong đó chỉ có 2 trường hợp phải dẫn lưu khí màng phổi chiếm tỷ lệ nhỏ 4,4%. Nghiên cứu đốt u phổi bằng sóng cao tần của Fernando và cộng sự có 7/18 (39%) trường hợp tràn khí màng phổi phải đặt ống dẫn lưu kín nhưng trong nghiên cứu này có 2

(4,7%) bệnh nhân đốt u phổi qua mở lồng ngực tối thiểu [7].

V. KẾT LUẬN

Điều trị UTPKTBN bằng đốt sóng cao tần có hướng dẫn của Robot là một phương pháp điều trị hiệu quả, tương đối an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010).** Điều trị nội khoa Ung thư. 81-93.
2. **Mai Trọng Khoa và cộng sự (2013).** Nghiên cứu dịch tễ học phân tử đột biến gen tăng trưởng biểu bì (EGFR) ở bệnh nhân Việt Nam ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn tiến triển. Y học lâm sàng, 17, 233-238
3. **Bùi Công Toàn (2003),** Ung thư phế quản. Thực hành xạ trị bệnh ung thư. NXB Y học, 306-309.
4. **Đinh Trọng Toàn, Nguyễn Đức Bằng, Nguyễn Huy Dũng (2013).** Đốt u phổi ác tính bằng sóng cao tần ở bệnh nhân không thể phẫu thuật: Nghiên cứu loạt ca lâm sàng trên 32 bệnh nhân. Y Học thành phố Hồ Chí Minh, 13, 207-2013.
5. **Beland.MD (2010).** Interventional procedure overview of percutaneous radiofrequency ablation for primary or secondary lung cancers. National istitute for health and clinical excellence, 1-36.
6. **Fernando MD (2005),** Radiofrequency ablation for the treatment of non–small cell lung cancer in marginal surgical candidates, The Journal of thoracic and Cardiovascular Surgery, Volume 129, p 639-644
7. **Penather A(2009)** Interventional procedure overview of percutaneous radiofrequency ablation for primary or secondary lung cancers. National istitute for health and clinical excellence, 1-36.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ ETOPOSID – CISPLATIN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Ngô Văn Lâm*, Nguyễn Thị Thúy My*, Nguyễn Minh Thành*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposid - Cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An và tác dụng không mong muốn của phác đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc trên 24 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposid - Cisplatin tại BV Ung Bướu Nghệ An từ T3/2019- T6/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,58 (46-69); Tỷ lệ nam/ nữ 7/1. Triệu chứng hay gặp nhất là ho khan 91,7% và đau ngực 87,5%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 91,7. Độc tính trên huyết học chủ yếu gặp ở độ 1 và độ 2. Viêm da gặp ở 100% bệnh nhân, viêm phổi gặp 20,9% nhưng chủ yếu ở độ 1, độ 2. Có 1 bệnh nhân viêm thực quản độ 4 chiếm 4,2%.

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide- Cisplatin cho tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh cao, độc tính chấp nhận được.

Từ khóa: Hóa xạ trị đồng thời , ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME

ASSESSMENT OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH ETOPOSIDE-CISPLATIN REGIMEN IN STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: Evaluate efficacy and adverse effects of concurrent chemoradiotherapy with Etoposide - Cisplatin regimen on patients with stage III non-small cell lung cancer at Nghe An Oncology Hospital.

Subjects and method: Describe retrospective study combined with longitudinal follow-up study on 24 patients with stage III non-small cell lung cancer receiving concurrent chemoradiotherapy y with Etoposide - Cisplatin regimen at Nghe An Oncology Hospital from March 2019 to June 2020.

Results: The average age of the study group was 58,58 (46-69); Male / female ratio was 7/1. The most common symptoms were dry cough and chest pain with 91,7% and 87,5% respectively. The rate of disease control were 91,7%. Hematologic toxicity mainly presented at grade 1 and 2. All patients experienced dermatitis and pneumonia occurred in 20,9% of the patients; but mainly at grade 1 and 2. There was one patient with oesophagitis, accounted for 4,2%.

Conclusions: The concurrent chemoradiotherapy with Etoposide - Cisplatin regimen in stage III non-small cell lung cancer showed high response and disease control rate with acceptable toxicity.

**Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Lâm
Email: ngolam16890@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Key words: Concurrent chemoradiotherapy, non-small cell lung cancer, stage III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo Globocan 2018 ước tính có khoảng hơn 2 triệu ca ung thư mới mắc, chiếm 11,6% trong tổng số tất cả các ung thư và 1,8 triệu ca tử vong chiếm 18,4% trong tổng số ca tử vong do ung thư nói chung. Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới, UTP được chia làm 2 nhóm chính là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN), trong đó UTPKTBN chiếm 85% - 90% .

Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán nhưng đa phần những trường hợp ung thư phổi đến bệnh viện đều ở giai đoạn muộn. Trong thời gian gần đây những tiến bộ trong điều trị hóa trị, đặc biệt là kĩ thuật xạ trị mới đã mở ra những triển vọng cải thiện kết quả sống thêm khá rõ rệt đặc biệt là phương pháp hóa xạ trị đồng thời so với hóa xạ trị tuần tự. Vấn đề gây trở ngại cho việc ứng dụng rộng rãi hóa xạ trị đồng thời trên lâm sàng chính là độc tính liên quan điều trị. Với nỗ lực tối ưu hóa hiệu quả của HXTDT, phối hợp bộ đôi Etoposide - Cisplatin cho kết quả điều trị khá tốt và hạn chế tác dụng phụ so với phác đồ khác [7].

Tại Việt Nam, hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide - Cisplatin trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật đã được áp dụng tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh, đem lại nhiều hiệu quả và ít độc tính. Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, T3/2019 máy xạ trị được đưa vào hoạt động và hóa xạ trị đồng thời cũng chính thức được ứng dụng điều trị cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIA không phẫu thuật được, IIIB, IIIC. Tại đây chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị của phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide - Cispaltin ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An"* nhằm hai mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2020.

2. Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu: Gồm 24 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn III điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide - Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ T3/2019 đến T6/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc.

2.3.2. Phương pháp xử trí phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		**Số BN**	**Tỷ lệ %**
Độ tuổi trung bình của bệnh nhân		58,58 (46-69)	
Giới tính	Nam	21	87,5 %
	Nữ	3	12,5 %
Lý do vào viện	Đau ngực	14	58,3 %
Triệu chứng lâm sàng	Ho kéo dài Ho ra máu Gầy sụt cân Khó thở Ho khan Khó thở Ho máu Đau ngực Khàn tiếng Phù áo khoác Mệt mỏi Sụt cân	5 3 1 1 22 11 5 21 5 4 14 10	20,8% 12,5 % 4,2% 4,2% 91,7% 45,8% 20,8% 87,5% 16,7% 58,3% 41,7%
Hút thuốc lá	Có không	19 5	79,2 % 20,8%
Giai đoạn bệnh	IIIA IIIB IIIC	7 13 4	29,2 % 54,2 % 16,6 %
Tổn thương u qua nội soi	Thâm nhiễm Sùi Chít hẹp Chảy máu Xuất huyết	7 4 7 5 1	29,2% 16,7% 29,2 % 20,8 % 4,2 %
Vị trí u	Phổi phải Phổi trái	16 8	66,7 % 33,3 %
Mô bệnh học	UTMB tuyến UTBM vảy UTBM tuyến vảy	7 15 2	29,2 % 62,5 % 8,3 %

3.2 Kết quả hóa xạ trị

Bảng 2: Tỷ lệ đáp ứng

Tỷ lệ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	20	83,3
Bệnh ổn định	2	8,3
Bệnh tiến triển	2	8,3
Tổng	**24**	**100**

Bảng 3: Độc tính điều trị

Độc tính	Mọi độ		Độ 1		Độ 2	
	n	%	n	%	n	%
Huyết sắc tố	16	66,7	13	54,2	3	12,5
Bạch cầu	14	58,3	8	33,3	6	25
Bạch cầu TT	11	45,8	6	25,0	5	20,8
Tiểu cầu	1	4,2	0	0	1	4,2

Độc tính	Mọi độ		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buồn nôn/nôn	3	12,5	2	8,3	1	4,2	0	0	0	0
Mệt mỏi/chán ăn	14	58,3	11	45,8	3	12,5	0	0	0	0
Rụng tóc	9	37,5	8	33,3	1	4,2	0	0	0	0
Viêm da	24	100	24	100	0	0	0	0	0	0
Viêm thực quản	3	12,5	2	8,3	0	0	0	0	1	4,2
Viêm phổi	5	20,9	3	12,5	1	4,2	1	4,2	0	0

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn bệnh nhân ở nhóm > 50 tuổi (91,7%). Tuổi trung bình là 58,58 tuổi (46-69) tương đồng với Vũ Hữu Khiêm khi tuổi trung bình là 57 [3]. Độ tuổi phản ánh quá trình tích lũy và tiếp xúc các tác nhân gây bệnh. Trong đó nhóm tuổi 50-60 chiếm cao nhất 54,2%. Tỷ lệ nam/nữ là 7/1, theo Nguyễn Đức Hạnh tỷ lệ này là 6,4/1 [4].

Hút thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu gây ung thư phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 79,2% tương đương với nghiên cứu của Bùi Diệu (2010) 80,5% [2].

Cũng như các ung thư khác, các triệu chứng trong ung thư phổi thường mơ hồ ở giai đoạn đầu, khi có triệu chứng rõ ràng thường là ở giai đoạn muộn làm hạn chế hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi hai triệu chứng đau tức ngực và ho khan là 2 triệu chứng chính chiếm tỷ lệ lần lượt là 87,5% và 91,7%. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước.

Vị trí u trên phim CT: U phổi (P) chiếm tỷ lệ cao hơn U phổi (T) (66,7%) và chủ yếu là u ở thùy trên phổi (P) (37,5%) tương đồng với nghiên cứu Lê Tuấn Anh tại BV Chợ Rẫy u ở thùy trên (43,4%) và u phổi phải (60%) [1].

Về mô bệnh học: chủ yếu là ung thư vảy và tuyến chiếm tỷ lệ lần lượt 62,5% và 29,2%. Theo Vũ Hữu Khiêm (2017) tại BV

Bạch Mai tỉ lệ biểu mô vảy chiếm 21,4% và biểu mô tuyến là 73,8% [3]. Điều này không phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu quá nhỏ so với các nghiên cứu khác.

Phân loại giai đoạn bệnh: Có 54,2% bệnh nhân ở giai đoạn IIIb**,** chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là giai đoạn IIIa (29,2%) và IIIc (16,7%).

Tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 là 83,3% và 91,6% tương đương với các nghiên cứu trong nước khác. Bùi Công Toàn và CS (2014) kết quả đáp ứng hoàn toàn 14,3%, đáp ứng một phần 67,3% đáp ứng toàn bộ 81,6% [5]. Theo Lê Thị Yến (2019) tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,9%, đáp ứng một phần là 75,7%, bệnh giữ nguyên 4,3% và bệnh tiến triển là 17,1%; tỷ lệ kiểm soát bệnh là 82,9% [6].

Tác dụng phụ trên huyết học chủ yếu gặp ở độ 1 và độ 2.Tỷ lệ giảm BCTT độ 1 và 2 lần lượt là 25% và 20,8%. Thấp hơn Bùi Công Toàn và CS (BV K): giảm HST 70%, giảm BC 96%, BCTT 94% [5]. Theo Lê Thị Yến (2019): giảm HST 78,6%, giảm BC 72,8%, giảm TC 24,2% và chủ yếu độ 1 [6]. Theo Nguyễn Đức Hạnh: giảm HST là 78,8% và giảm BC 68,1% đều ở độ 1 và độ 2 [4]. Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào có tác dụng phụ trên chức năng thận và gan.

Các tác dụng phụ khác cũng gặp chủ yếu ở độ 1 và độ 2. Viêm da (100%) gặp ở độ 1. Viêm xơ phổi gặp tỷ lệ 20,9% và chủ yếu là độ 1 (12,5%). Viêm thực quản và buồn nôn/ nôn chiếm tỷ lệ thấp 12,5% trong đó buồn nôn/ nôn chủ yếu gặp ở độ 1 (8,3%) và độ 2 (4,2%), có 1 BN viêm thực quản độ 4 (4,2%). Theo Lê Tuấn Anh (BV Chợ Rẫy) mệt mỏi chán ăn 80% và gặp mức độ nhẹ [1]; Theo Bùi Công Toàn và CS (BV K): Viêm thực quản 55,1% và viêm da 100% [5] . Như vậy cho thấy độc tính của phác đồ thường ở mức độ nhẹ và có thể kiểm soát được.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa xạ trị đồng thời Etoposide–Cisplatin là một trong những lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III với tỷ lệ đáp ứng khá tốt và tác dụng phụ là chấp nhận được. Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu đề tài này để phân tích thời gian sống thêm của phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Tuấn Anh**. Hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. In: Luận Án Tiến Sĩ, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2015.
2. **Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn.** Gánh nặng ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020. In: Hội Thảo Quốc Gia Phòng Chống Ung Thư ; 2012:13-19.
3. **Vũ Hữu Khiêm.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng. In: Luận Án Tiến Sỹ y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2017.
4. **Nguyễn Đức Hạnh.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại Bệnh viện Phổi Trung Ương. In: Đại Học y Hà Nội; 2018.
5. **Bùi Công Toàn, Trần Văn Thuấn và cộng sự.** Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng hóa xạ trị đồng thời. In: Tạp Chí y Học Thực Hành. ; 2014.
6. **Lê Thị Yến.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời Ung thư Phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. In: Đại Học y Hà Nội. ; 2019.
7. **Aupérin A, Le Péchoux C, Rolland E, et al.** Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2010;28(13):2181-2190. doi:10.1200/ JCO.2009.26.2543.

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH 64 DÃY TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2020

Phạm Vĩnh Hùng*, Phạm Quốc Việt*, Nguyễn Tiến Đạt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của ung thư dạ dày trên cắt lớp vi tính. Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2020**.**

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu : Nghiên cứu là tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 51 bệnh nhân ung thư dạ dày được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, so sánh giai đoạn trên CLVT và giai đoạn sau phẫu thuật.

Kết quả: Có 51 bệnh nhân (37 nam, 14 nữ) được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 62,2 ± 11,5 tuổi; vị trí u hay gặp ở bờ cong nhỏ (47,1%); bề dày trung bình khối u 17,5 ± 6,2mm; phần lớn giới hạn u trên CLVT không rõ (74,5%) và u đồng tỷ trọng trước tiêm (84,3%); có (82,3%) bệnh nhân có u ngấm thuốc mạnh sau tiêm; đa số u xâm lấn ra ngoài thành dạ dày (68,6%); kích thước trung bình hạch 16,2 ± 6,5mm; độ nhạy đánh giá xâm lấn u trên CLVT so với GPB (74,3%); độ nhạy chẩn đoán giai đoạn T1-T2 trên CLVT so với GPB (37,5%); độ nhạy chẩn đoán giai đoạn T3 trên CLVT so với GPB (59,2%); độ nhạy chẩn đoán giai đoạn T4 trên CLVT so với GPB (58,3%); khả năng chẩn đoán giai đoạn T của CLVT (56,9%).

Kết luận: CLVT có giá trị khá cao trong chẩn đoán xâm lấn ra xung quanh của UTDD và chẩn đoán giai đoan T có độ chính xác cao. Ngoài ra CLVT còn có giá trị cao trong phát hiện hạch và di căn xa trong ổ bụng từ đó góp phần quan trọng trong đánh giá giai đoạn của UTDD định hướng cho quá trình điều trị bệnh.

Từ khóa: ung thư dạ dày, cắt lớp vi tính, độ nhạy.

**Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh, Bệnh Viện Ung Bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Việt
Email: Phamquocviet181991@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

THE VALUE OF 64-SLIDE COMPUTERIZED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF STOMACH CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2020

Objective: Describe the imaging characteristics of stomach cancer on computerized tomography. Assess the computerized tomography 64 sequences in the diagnosis of stage of stomach cancer at Nghe An Oncology Hospital from January 2020 to July 2020.

Subjects and research methods: Cross-sectional descritive study in 51 patients with stomach cancer performed CT Scans in the imaging department of Nghe An Oncology Hospital. Evaluate the differences between clinical stage with CT Scans and pathology stage postoperation.

Results: 51 patients (37 men, 14 women) were selected for the study, the average age was

62,2 ± 11,5 years; small curved shoreline tumor site (47,1%); average tumor thickness of 17,5 ± 6.2mm; majority of tumor limits on unknown computer layers (74,5%) and pre-injection cosy (84,3%); yes (82,3%) patients with strong post-injection drug infiltration tumors; the majority of tumors encroached outside the gastric finished city (68,6%); the average ganglion size is 16,2 ± 6,5mm; sensitivity assesses tumor invasiveness on computerized tomography compared to GPB (74,3%); diagnostic sensitivity T1-T2 stage diagnosis on computerized tomography compared to anapathology (37,5%); T3 diagnostic sensitivity on computerized tomography compared to anapathology (59,2%); diagnostic sensitivity T4 stage diagnosis on computerized tomography compared to anapathology (58,3%); the likelihood of stage T diagnosis of computerized tomography (56,9%).

Conclusion: Computerized tomography has quite high value in the diagnosis of surrounding invasiveness of and high-precision T-phase diagnosis. In addition, computerized tomography is highly valued in the detection of lymph nodes and in the abdominal distant distasis which insofar as it contributes significantly to the assessment of the stage of orientation for the course of treatment of the disease.

Keywords: stomach cancer, computerized tomography, sensitivity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính thường xuất phát từ lớp niêm mạc dạ dày.UTDD đứng hàng thứ tư trong số các ung thư hay gặp trên thế giới. Nguyên nhân chưa rõ ràng, tiến triển nhanh, chẩn đoán sớm thường khó khăn, điều trị phẫu thuật vẫn là phương pháp được lựa chọn nhất hiện nay.Mặt khác chụp cắt lớp vi tính (CLVT) xác định được bản chất và vị trí khối u, nó còn đánh giá được mức độ xâm lấn, các hạch lân cận và khu vực, các di căn của khối u vào các tạng trong ổ bụng, phổi và xương…góp phần quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn TNM phục vụ cho việc lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy đầu dò trong chẩn đoán ung thư dạ dày tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2020"* với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh của ung thư dạ dày trên cắt lớp vi tính.

2. Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán UTDD thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn bệnh và không thuộc nhóm tiêu chí loại trừ tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được nội soi, sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là UTDD.

- Được chụp CLVT tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.
- Được phẫu thuật, biên bản phẫu thuật và kết quả mô bệnh học được mô tả rõ ràng, đầy đủ các thông tin của nghiên cứu yêu cầu.

2.1.2.Tiêu chuẩn loại trừ

-Những bệnh nhân chụp CLVT không đúng kỹ thuật.

-Những bệnh nhân đã được xạ trị hay truyền hóa chất.

-Bệnh nhân UTDD tái phát sau mổ.

-Bệnh án không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

2.1. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô

tả cắt ngang.

2.1.2. Cỡ mẫu. Thuận tiện, 51 bệnh nhân được chẩn đoán UTDD tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

2.1.3. Thu thập số liệu

Tiến hành thu thập số liệu thông qua hồ sơ bệnh án, khai thác trực tiếp từ bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

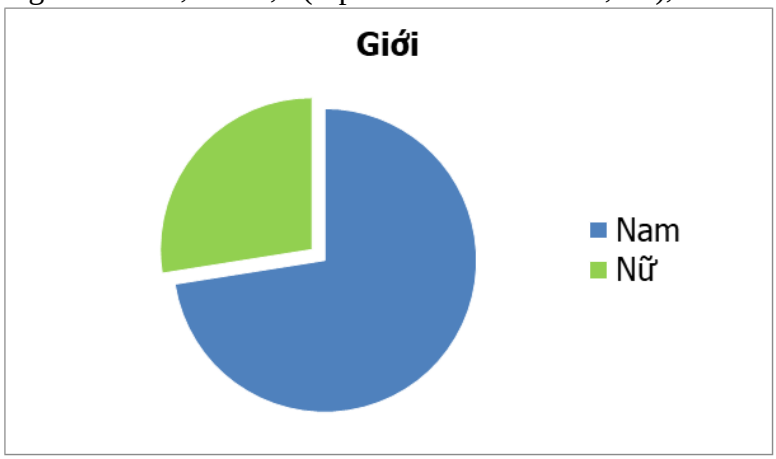
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu (n=51)

	MIN	MEAN ±SD	MAX
Tuổi	33	36,14±11,54	81

Nhận xét: Trung bình là 62,2 ± 11,5 (lớp tuổi > 60 chiếm 68,6%),



Biểu đồ 1. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.

Nhận xét: UTDD gặp ở nam nhiều hơn chiếm 72,5% (nam/nữ ~ 2,63/1)

3.2. Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính

Bảng 2. Vị trí của khối u

Vị trí u	n	Tỷ lệ (%)
Tâm vị	2	3,9%
Bờ cong nhỏ	24	47.1%
Bờ cong lớn	3	5,8%
Hang – môn vị	22	43,1%
Tổng số	***51***	***100%***

Nhận xét: Vị trí hay gặp nhất là bờ cong nhỏ (47,1%).

Bảng 3. Giới hạn u trên CLVT

Giới hạn của khôi u	N	Tỷ lệ %
Rõ	13	25,5%
Không rõ	38	74,5%
Tổng số	**51**	**100%**

Nhận xét: UTDD thường có giới hạn không rõ, chiếm 74,5%.

Bảng 4. Tỷ trọng của khối u trên CLVT trước tiêm

Tỷ trọng	N	Tỷ lệ (%)
Giảm tỷ trọng	8	15,7%
Đồng tỷ trọng	43	84,3%
Tổng số	51	100%

Nhận xét: Đa số các trường hợp đồng tỷ trọng trước tiêm (chiếm gần 84,3%)

Bảng 5. Tính chất ngấm thuốc của u trên CLVT

Tính chất ngấm thuốc	n	Tỷ lệ (%)
Ngấm ít	2	4%
Ngấm trung bình	7	13,7%
Ngấm thuốc mạnh	42	82,3%
Tổng số	**51**	**100%**

Nhận xét: Đa số các u ngấm thuốc mạnh sau tiêm (86,3%), không có trường hợp nào không ngấm thuốc và chỉ có 4% u có ngấm ít.

Bảng 6. Tính chất xâm lấn của u trên CLVT

Tính chất xâm lấn		n	Tỷ lệ (%)	
Không (T1-T2)		16	31,4	
Có	T3	***24***	47,05	68,6
	T4	***11***	***21,55***	
Tổng số		**51**	**100**	

Nhận xét: Đa số các u xâm lấn ra ngoài thành dạ dày (chiếm 68,6%).

Bảng 7. Giá trị chẩn đoán xấm lấn của u trên CLVT so với GPB

GPB / CLVT	Có xâm lấn (T3-T4)	Không xâm lấn (T1-T2)	Tổng
Có xâm lấn (T3-T4)	29	6	35
Không xâm lấn (T1-T2)	10	6	16
Tổng	**39**	**12**	**51**

Nhận xét: Giá trị chẩn đoán xâm lấn của CLVT có:

Độ nhạy (Sn) = 29/39 = 74,3%; Độ chính xác (Acc) = 36/51 = 76,5%

Độ đặc hiệu (Sp) = 6/12 = 50%; Giá trị dự báo dương tính (PPV) = 23/25 = 82,8%

Bảng 8. Giá trị chẩn đoán giai đoạn T1-T2 trên CLVT so với GPB

GPB / CLVT	T1-T2	T khác	Tổng
T1-T2	6	10	16
T khác	10	25	35
Tổng	**16**	**35**	**51**

Nhận xét: Giai đoạn T1-T2 chiếm 31,4%. Giá trị chẩn đoán của CLVT giai đoạn T1-T2 có:

Độ nhạy (Sn) = 6/16 = 37,5%; Độ chính xác (Acc) = 36/51 = 76,5Độ đặc hiệu (Sp) = 25/35 = 71,4%; Giá trị dự báo dương tính (PPV) = 6/16 = 71,4%

Bảng 9. Giá trị chẩn đoán giai đoạn T3 trên CLVT so với GPB

GPB / CLVT	T3	T khác	Tổng
T3	16	8	24
T khác	11	16	27
Tổng	**27**	**24**	**51**

Nhận xét: Giai đoạn T3 chiếm 47,05%. Giá trị chẩn đoán của CLVT giai đoạn T3 có:

Độ nhạy (Sn) = 16/27 = 59,2%; Độ chính xác (Acc) = 32/51 = 62,7%

Độ đặc hiệu (Sp) = 16/24 = 66,67%; Giá trị dự báo dương tính(PPV)=16/24 = 66,67%

Bảng 10. Giá trị chẩn đoán giai đoạn T4 trên CLVT so với GPB

GPB / CLVT	T4	T khác	Tổng
T4	7	4	11
T khác	5	35	40
Tổng	**12**	**39**	**51**

Nhận xét: Giai đoạn T4 chiếm 21,5%. Giá trị chẩn đoán của CLVT giai đoạn T4 có:

Độ nhạy (Sn) = 7/12= 58,3%; Độ chính xác (Acc) = 42/51 = 82,3%

Độ đặc hiệu (Sp) = 35/39 = 89,7%; Giá trị dự báo dương tính (PPV) = 7/11= 63,6%

Bảng 11. Khả năng chẩn đoán giải đoạn T của CLVT

CLVT	Chẩn đoán đúng	Chẩn đoán sai	Tổng
T1-T2	6	10	16
T3	16	8	24
T4	7	4	11
Tổng	29	22	51

Nhận xét: Độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán tổng thể giai đoạn T = 29/51 khoảng 56,9%

IV. BÀN LUẬN

Tuổi hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là >40 (chiếm khoản 96%), chỉ có 2 bệnh nhân ≤ 40 (chiếm 3,9%), tuổi trung bình là 62,2 ± 11,5. Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu có 37 nam và 14 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,63/1, tỷ lệ này có cao hơn một số tác giả khác như: Trịnh Hồng Sơn là 1,75. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Vị trí u thì ở BCN là hay gặp nhất chiếm 47,1%, tiếp đến là hang- môn vị chiếm 43,1%, BCL 5,8%, tâm vị chỉ chiếm 3,9%.Có 38/51 (chiếm 74,5%) bệnh nhân có giới hạn không rõ tương ứng với các tổn thương ở giai đoạn T3, T4. Có thể nói rằng giới hạn của u gợi ý cho việc đánh giá u còn ở giai đoạn T1, T2 hay đã ở

giai đoạn T3, T4. Có 82,3% khối u đồng tỷ trọng trước tiêm, sau tiêm ngấm thuốc mạnh. Về giá trị chẩn đoán của CLVT trong đánh giá xâm lấn của UTDD trong nghiên cứu của chúng tôi có: độ nhạy 59,2%, độ đặc hiệu 66,67% và độ chính xác 62,7%, giá trị dự báo dương tính 66,67%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Seishi Kumano (2005). Giai đoạn T1-T2, có 16/51 bệnh nhân (chiếm 31,4%), tương ứng chưa có xâm lấn xung quanh. Chẩn đoán giai đoạn T1-T2 trên CLVT có độ nhạy 37,5%, độ đặc hiệu 71,4%, độ chính xác 76,5%, giá trị dự báo dương tính 71,4%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Habermann C. R (2004). Giai đoạn T3, có 24/51 bệnh nhân (chiếm 47,05%). Giá trị chẩn đoán giai đoạn T3 trên CLVT có độ nhạy 59,2%, độ đặc hiệu 66,67%, độ chính xác 62,7%, giá trị dự báo dương tính 66,7%. Giai đoạn T4, có 11/51 bệnh nhân chiếm 21,5%. Chẩn đoán giai đoạn T4 trên CLVT có độ nhạy 58,3%, độ đặc hiệu 89,7%, độ chính xác là 82,3%, giá trị dự báo dương tính 63,6%. Theo In Joon Lee (2009) độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 94,5%, Trong đánh giá giai đoạn T4 chúng tôi nhận thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn các tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 51 bệnh nhân UTDD tại Bệnh viện ung bướu Nghệ An, theo dõi từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2020, đặc điểm lâm sàng , UTDD hay gặp ở vị trí bờ cong nhỏ (47,1%), chủ yếu là thể khối (71,05%) với biểu hiện là dày khu trú thành dạ dày, độ dày trung bình của u là 17,5 ± 6,2mm.

UTDD thường có giới hạn không rõ với xung quanh (chiếm 74,5%). Phần lớn tổn thương là đồng tỷ trọng với thành dạ dày xung quanh, sau tiêm ngấm thuốc mạnh.

CLVT có giá trị khá cao trong chẩn đoán xâm lấn ra xung quanh của

UTDD (76,5%) và chẩn đoán giai đoan T có độ chính xác trung bình 56,9%. Ngoài ra CLVT còn có giá trị cao trong phát hiện hạch trong ổ bụng (72,5%), từ đó góp phần quan trọng trong đánh giá giai đoạn của UTDD định hướng cho quá trình điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Phúc Cường và Đỗ Đức Vân (1998)**, Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh, các phương pháp điều trị ung thư dạ dày không thuộc ung thư biểu mô tuyến, Y học thực hành, **4,** 43-46.
2. **Trường Đại Học Y Hà Nội – Bộ Môn mô học – Phôi thai học (1994)**, " Ống dạ dày ruột", Bài giảng mô phôi thai học, Nhà xuất bản Y học, 162-169.
3. **Trịnh Hồng Sơn (2001)**, Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án tiến sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội, 66-68.
4. **Hà Văn Quyết và cs (2009)**, "Chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm", Ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 6-14.
5. **Wanebo H. J., Kennedy B. J., Chmiel J., et al. (1993)**, Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons, Ann Surg, **218 (5)**, 583-92.
6. **Karpeh S. and Kelsen P. (2001)**, "Cancer of the Stomach", Cancer Principles and Practice of Oncology, Lippincott Williams and Wilki, 1092-1122.
7. **Griem M. L., Justman J., Weiss L., et al. (1984)**, The neoplastic potential of gastric irradiation. IV. Risk estimates, Am J Clin Oncol, **7 (6)**, 675-7.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA XẠ HÌNH XƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Ngọc Thắng*, Nguyễn Thị Mai Linh*, Bùi Thị Thu Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm di căn xương và vai trò xạ hình xương ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 130 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019.

Kết quả: Trên 130 bệnh nhân(BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương (gặp nhiều nhất ở biểu mô tuyến 75,38%) tỉ lệ nam/nữ: 1,7/1, tập trung chủ yếu ở độ tuổi >60(58,5%), tất cả bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá là nam, hút trên 20 năm (68%). Vị trí tổn thương thường gặp nhất là xương sườn (73,8%), cột sống (68,46%), khung chậu (41,5%). Tổn thương di căn phát hiện bởi xạ hình xương đặc trưng bởi tăng hoạt độ phóng xạ, chủ yếu là đa ổ (89,99%) và không đối xứng 2 bên, 89,23% bệnh nhân có hình ảnh di căn xương điển hình trên xạ hình xương. Kết hợp với vị trí đau trên lâm sàng có 2 vị trí đau nhiều nhất: cột sống thắt lưng và xương sườn, trong đó có 44/130 BN (33,8%) có di căn xương mà không có biểu hiện đau.

Kết luận: Xương là vị trí di căn phổ biến của ung thư phổi không tế bào nhỏ. Các vị trí di căn tỉ lệ cao: xương cột sống, xương sườn, xương chậu. Tổn thương chủ yếu ở bộ xương trục, đa ổ, tăng hoạt độ phóng xạ và không đối xứng. Tỷ lệ phát hiện di căn xương trên xạ hình xương rất cao, phát hiện di căn ung thư phổi vào xương sớm ngay cả khi trên lâm sàng chưa có biểu hiện đau. Xạ hình xương chính là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị lớn trong chẩn đoán di căn xương.

Từ khóa: Xạ hình xương, di căn xương, ung thư phổi không tế bào nhỏ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BONE SCINTIGRAPHY IN PATIENTS WITH BONE METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To evaluate bone metastasis characteristics and the role of bone scintigraphy in patients with bone metastatic non-small cell lung cancer at Nghe An Cancer Hospital.

Subjects and research methods: Retrospective descriptive cross-sectional study performed on 130 patients with bone metastatic non-small cell lung cancer for treatment at Nghe An Oncology Hospital from January 2019 to December /2019. **Results**: Over 130 patients with lung cancer, non-small cell (most common in adenocarcinoma 75.38%) and bone metastasis, ratio of male /female:1.7/1, mainly concentrated in age>60 years (58.5%), all patients with a

**Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thắng
Email: dr.ngocthangna@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

history of smoking were male and mostly smoked for more than 20years (68%). The most common lesions were ribs (73.8%), spine (68.46%), pelvis (41.5%). Metastatic lesions detected by bone scintigraphy are characterized by increased radioactivity, mostly multifocal (89.99%) and bilateral asymmetry, 89.23% of patients have typical bone metastases on bone scans. Combined with clinical pain sites, there are 2 most painful sites:lumbar spine and ribs, of which 44 out of 130 patients (33.8%) had bone metastases with no painful manifestations.

Conclusion: High-rate metastatic sites: spine, ribs, pelvis,increased radioactivity and asymmetry. It is the diagnostic imaging method of great value in the diagnosis of bone metastases.

Key words: bone scintigraphy, bone metastasis, non-small cell lung cancer.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư phổi (UTP) là một trong 3 bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư. Các loại UTP thường tiến triển nhanh và di căn sớm, hệ thống xương là cơ quan ung thư hay di căn nhất. UTP được chia làm 2 nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là UTP không tế bào nhỏ và UTP tế bào nhỏ, trong đó UTP không tế bào nhỏ chiếm 80-85%[5]. Do ở giai đoạn sớm các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn và không đặc hiệu nên tại thời điểm chẩn đoán có khoảng 2/3 số bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ đã ở giai đoạn tiến triển hoặc di căn[5]. Hiện nay, phương pháp cận lâm sàng có giá trị cao trong phát hiện ung thư di căn xương là chụp PET/CT hoặc xạ hình xương (XHX). XHX đánh giá sớm được tổn thương thứ phát trên hệ xương và ghi hình được toàn bộ hệ xương hơn là các phương pháp: X - quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ. Giá thành rẻ, thời gian nhanh hơn chụp PET/CT. Tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ an, XHX là phương pháp đầu tay để xác định các tổn thương di căn xương. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *"Nghiên cứu đặc điểm của xạ hình xương trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương"* nhằm mục tiêu:

1.Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương.

2.Đánh giá đặc điểm di căn xương và vai trò của xạ hình xương trong chẩn đoán di căn xương của ung thư phổi không tế bào nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 130 bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ được chẩn đoán xác định dựa trên kết quả mô bệnh học và chẩn đoán di căn xương điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán UTP không tế bào nhỏ di căn xương dựa trên giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được làm XHX chẩn đoán.Bệnh nhân có đầy đủ các thông tin theo mẫu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả 130 bệnh nhân được khai thác hồ sơ bệnh án và thu thập kết quả xét nghiệm và lập hồ sơ nghiên cứu theo mẫu quy định.

Xử lý số liệu: Sử dụng các thuật toán trong thống kê, phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giớ

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Tuổi / Giới	≤ 40		40-49		50-59		>60		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	1	0,77	6	4,61	25	19,23	51	39,2	**83**	63,85
Nữ	4	3,07	1	0,77	17	13,07	25	19,23	**47**	36,15
Tổng	5	3,84	7	5,38	42	32,3	76	58,5	**130**	100

Nhận xét: Tuổi trung bình: 62 ± 10,12. Tuổi lớn nhất là 77 tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi. Nhóm tuổi > 60 chiếm 58,5%. Nhóm tuổi ≤ 40 chiếm 3,84%. Nam/Nữ =1,7/1

3.2. Tiền sử hút thuốc và ung thư phổi

Bảng 3.2: Tiền sử hút thuốc ở bệnh nhân ung thư phổi

Tiền sử hút thuốc	> 20 năm	< 20 năm	Tổng
Số lượng (n)	51	24	75
Tỷ lệ (%)	68%	32%	100%

Nhận xét: Có 75 BN tiền sử hút thuốc đều là nam giới. Hút > 20 năm chiếm 68%

3.3. Phân loại bệnh nhân theo mô bệnh học

Bảng 3.3: Phân bố theo thể mô bệnh học

Loại mô bệnh học	Tất cả bệnh nhân nghiên cứu (n)	Tỷ lệ (%)
Biểu mô tuyến	98	75,38 %
Biểu mô dạng biểu bì	26	20 %
Biểu mô tuyến - vảy	5	3,85 %
Biểu mô tế bào lớn	1	0,77 %
Tổng	**130**	100 %

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến gặp nhiều nhất chiếm 75,38 %. Ung thư biểu mô dạng biểu bì, dạng tuyến vảy hay gặp. Ung thư biểu mô dạng tế bào lớn hiếm gặp.

3.4. Kết quả xạ hình xương

Bảng 3.4.1: Số ổ di căn xương (n=130)

Số ổ tổn thương	1 ổ	2 ổ	3 ổ	4 ổ	≥ 5 ổ
Số BN (%)	13(10%)	17(13,07%)	15(11,54%)	21(16,15%)	64(49,23%)

Nhận xét: Tổn thương di căn xương của ung thư phổi không tế bào nhỏ chủ yếu dạng đa ổ. Có 49,23% bệnh nhân có ≥5 ổ tổn thương; 16,15% có 4 ổ tổn thương,

11,54% có 3 ổ tổn thương; 13,07% có 2 ổ tổn thương, 1 ổ tổn thương chiếm 10 %.

Bảng 3.4.2: Vị trí tổn thương trên xạ hình xương

Vị trí		n	%	Vị trí	n	%
Xương sọ		15	11,5%	**Xương đòn**	2	1,5%
Cột	**Cột sống cổ**	20	15,3%	**Đầu trên xương đùi**	11	8,46%

sống (89/130) 68,46%	**Cột sống ngực**	65	50%	**Thân xương đùi**	7	5,38%
	Cộtsống thắt lưng	61	46,9%	**Xương cánh tay**	7	5,38%
Khung chậu		54	41,5%	**Khớp háng**	9	6,9%
Xương sườn		96	73,8%	**Khớp gối**	0	0%
Xương bả vai		26	20%	**Khớp cùng chậu**	2	1,5%
Xương ức		18	13,8%	**Vị trí khác**	13	10%

Nhận xét: Di căn xương cột sống 68,46% (89/130) trong đó cột sống ngực 50% cột sống thắt lưng 46,9%, cột sống cổ 15,3%, xương sườn 73,8%, khung chậu 41,5%.

Bảng 3.4.3: Tính chất về tăng hoạt độ phóng xạ trên xạ hình xương

Tính chất	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Tăng hoạt độ phóng xạ	130	100%
Có ổ khuyết xạ kèm theo	1	0,77%

Nhận xét: 100% bệnh nhân có tổn thương không đối xứng, tăng hoạt tính phóng xạ. Có 1 (0,77%) bệnh nhân có tổn thương khuyết xạ kèm theo trên XHX

Bảng 3.4.4: Chẩn đoán ung thư di căn xương trên XHX

Hình ảnh	Điển hình	Không điển hình
Bệnh nhân	116 (89,23%)	14 (10,77%)

Nhận xét: Có 89,23% bệnh nhân có hình ảnh di căn xương điển hình trên XHX

3.5. Mối liên hệ giữa đau xương và vị trí di căn trên xạ hình xương

Bảng 3.5: Đối chiếu giữa vị trí đau và vị trí di căn xạ hình xương (n=130)

Vị trí	Đau	Xạ hình xương Có di căn	Vị trí	Đau	Xạ hình xương Có di căn
Xương sọ	**Có**	**3**	**Khung chậu**	**Có**	**50**
	Không	12		Không	4
Cột sống cổ	**Có**	**14**	**Xương sườn**	**Có**	**90**
	Không	6		Không	6
Cột sống ngực	**Có**	**55**	**Xương đòn**	**Có**	**2**
	Không	10		Không	0
Cột sống thắt lưng	**Có**	**56**	**Xương đùi**	**Có**	**17**
	Không	5		Không	1

Nhận xét: Trên nghiên cứu 2 vị trí đau nhiều nhất: cột sống thắt lưng (56BN), xương sườn (90BN). Vị trí đau ít gặp: xương đòn 2 BN, xương sọ 14 BN, xương đùi 17 BN. Có 33,8% (44/130) BN không có biểu hiện đau nhưng trên XHX có di căn

3.6. Mối liên quan giữa nồng độ CEA và số ổ tổn thương trên xạ hình xương

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa nồng độ CEA và số lượng ổ tổn thương trên XHX

	< 3,0 ng/mL		≥3,0 ng/mL	
Số lượng(%)	15(11,53%)		115(88,47%)	
Số ổ tổn thương	**1 ổ**	**Đa ổ**	**1 ổ**	**Đa ổ**
Số lượng(%)	4(3,08%)	11(8,46%)	9(6,92%)	106(81,53%)
P	<0,05			

Nhận xét: Nồng độ CEA thấp nhất là 0,7 ng/ml, cao nhất là 5200 ng/ml. Có 15 BN có nồng độ CEA ≤ 3 ng/ml, trong đó 4 BN có 1 ổ tổn thương trên xạ hình (3,08%), 11 BN có tổn thương đa ổ (8,46%). Có 115 BN có nồng độ CEA ≥3,0 ng/mL, trong đó 9 BN có tổn thương 1 ổ trên xạ hình (6,92%); 106 BN có tổn thương đa ổ (81,53%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam (63,84%) gấp 1,7/1 lần nữ (36,16%). Theo thống kê Globocan 2018, tại Việt Nam nam mới mắc gấp 3,2 lần so với nữ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi BN có độ tuổi trung bình là 62 ± 10,12; phần lớn BN >40 tuổi chiếm 96,16%, nhóm tuổi >60 hay gặp nhất 58,5%, nhóm tuổi <40 ít gặp chiếm 3,84% phù hợp với nghiên cứu: Lê Ngọc Hà, Chu Văn Tuynh (2009), tuổi trung bình là 61,6 ± 12,2; trẻ nhất là 32 tuổi, lớn nhất là 89 tuổi, lứa tuổi >40 thường (92,3%) [4]. Hút thuốc là một trong những nguyên nhân chính của UTP. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 75/130 (57,7%) BN có hút thuốc lá, > 20 năm (65,62%) hoàn toàn là nam giới. Theo nghiên cứu Trần Nguyên Phú -2005 có 64,2% BN có hút thuốc lá, nữ có 1/14 BN hút thuốc (7,1%) [2].

4.2. Kết quả trên xạ hình xương

XHX rất nhạy trong việc phát hiện tổn thương xương. Tuy nhiên, độ đặc hiệu không cao. Theo Steinborn và cộng sự, độ nhạy của XHX trong việc phát hiện ung thư di căn xương chiếm 84,8%, độ đặc hiệu 72%[6]. Những ổ tăng tăng hoạt độ phóng xạ (HĐPX) có thể gặp ở những ổ tổn thương nhiễm trùng,gãy xương ... và các ổ đơn độc. Nghiên cứu của chúng tôi có 49,23% BN có từ 5 ổ tổn thương trở lên, 16,15% BN có 4 ổ tổn thương, 13,07% BN có 2 ổ tổn thương, 11,54% BN có 3 ổ tổn thương và 10% BN có 1 ổ tổn thương đơn độc.130 BN di căn xương đều có hình ảnh HĐPX là những ổ không đối xứng, có 1 BN có ổ khuyết xạ kèm theo. Theo nghiên cứu của Chu Văn Tuynh (2009) trên 34 BN UTP di căn xương có 11,8% (4/34 BN) có 1 ổ tổn thương, có 50% (17/34 BN) có từ 2 đến 5 ổ tổn thương, có 38,9% (13/34 BN) có trên 5 ổ tổn thương[4]. Theo Nguyễn Danh Thanh (2010) phát hiện 42 BN ung thư di căn xương trên xạ hình 100% BN đều là tăng HĐPX [3]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tỷ lệ gặp cao: cột sống 68,46% trong đó cột sống ngực 50%, cột sống thắt lưng 46,9%; cột sống cổ 15,38; xương sườn (73,8%); khung chậu (41,5%). Nghiên cứu của Lê Ngọc Hà, Nguyễn Thị Nhung (2018) cho kết quả di căn ở xương cột sống 52,1%; xương sườn 14,6%; xương hộp sọ 10,4%, xương chậu 8,3%[1]. Trong nghiên cứu, có 116 (89,23%) bệnh nhân có hình ảnh điển hình trên xạ hình.

4.3. So sánh vị trí đau và vị trí di căn trên xạ hình xương

Trên 130 BN có hình ảnh chụp xạ hình di căn xương thì có 2 vị trí BN đau nhiều nhất là cột sống thắt lưng (56 BN) và xương sườn (90 BN). Còn vị trí đau ít gặp nhất: xương đòn, xương sọ, xương đùi. Có 33,8% (44/130) BN không có biểu hiện đau xương khớp nhưng trên XHX có di căn. Với nghiên cứu của Nguyễn Danh Thanh có 16/42 (38,1%) BN có di căn xương mà không có biểu hiện đau xương[3].

4.4. Mối liên quan giữa nồng độ CEA và xạ hình xương

Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ CEA thấp nhất: 0,7ng/ml, cao nhất là 5200ng/ml. Có 11,53% bệnh nhân có nồng độ CEA ≤ 3 ng/ml, trên xạ hình xương có 3,08% BN có 1 ổ tổn thương; 8,46% BN có tổn thương đa ổ. Có 88,47% BN có nồng độ CEA ≥ 3ng/mL, trên xạ hình xương có 81,53% BN tổn thương đa ổ; 6,92% BN có tổn thương 1 ổ. Số ổ tổn thương trên XHX tăng cùng nồng độ CEA trong máu BN.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận:

-Tuổi trung bình: 62 ± 10,12; gặp nhiều nhất là >60 tuổi (58,5%). Tỉ lệ nam/nữ:1,7/1.

- Có 57,7% BN có tiền sử hút thuốc đều là nam giới, hút >20 năm 68%.

- Chủ yếu ung thư biểu mô tuyến 75,38%.

- Tính chất tổn thương chủ yếu là tăng hoạt tính phóng xạ, không đối xứng (100%). Chủ yếu là đa ổ (≥5 ổ 49,23%).

-Vị trí tổn thương hay gặp nhất: xương cột sống (68,46%), xương sườn (73,8%), xương chậu (41,5%). Có 44/130 BN (33,8%) phát hiện di căn xương trên XHX khi chưa đau trên lâm sàng. XHX là kỹ thuật giúp phát hiện di căn UTP vào xương sớm. Giúp xác định giai đoạn bệnh để tiên lượng, đưa ra phác đồ điều trị đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Hà, Nguyễn Thị Nhung và cs - 2018.** Giá trị của SPECT/CT trong đánh giá tổn thương xương do di căn. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 154–160
2. **Trần Nguyên Phú Nghiên** cứu lâm sàng và phân loại TNM ung thư phế quản tế bào không nhỏ tại Bệnh viện Bạch Mai, Trường Đại học Y Hà Nội 2005
3. **Nguyễn Danh Thanh, Nguyễn Kim Lưu, Phan Văn Dân**. Xạ hình 99m Tc- MDP phát hiện di căn xương ở bệnh nhân ung thư điều trị tại khoa Y học hạt nhân,Bệnh viện 103, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, tr.666-668(2010).
4. **Chu Văn Tuynh.** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương xương trên XHX Tc99m-MDP ở bệnh nhân ung thư vú, phổi và tiền liệt tuyến, Học viện Quân y, Hà Nội. (2009)
5. **M.Rinaldi,C.Cauchi,C.** Gridelli First line chemotherapy in advanced or metastatic NSCLC.Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO,17 Suppl 5,64-7(2006).
6. **Steinborn M.M., Heuck A.F., Tiling R., et al.** Whole-body bone marrow MRI in patients with metastatic disease to the skeletal system. J Comput Assist Tomogr, 123–129 (1999).
7. **World Health Organization.** International Agency For Research On Cancer - GLOBOCAN 2018 database..

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐAU VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN UNG THƯ GIAI ĐOẠN MUỘN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA CHĂM SÓC GIẢM NHẸ BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Dương Thị Sen[1], Lê Thị Hoa[1], Nguyễn Thị Hương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tình trạng đau, chất lượng cuộc sống bênh nhân ung thư giai đoạn muộn tại khoa Chăm Sóc Giảm Nhẹ Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 93 bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn điều trị tại khoa Chăm Sóc Giảm Nhẹ từ 3/2020 đến 6/2020

Kết quả: Có 94,6% bệnh nhân có triệu chứng đau, 91,4% phải dùng thuốc giảm đau, trong đó 51,6% dùng thuốc giảm đau bậc 2, 21,5% dùng thuốc giảm đau bậc 3. Điểm chất lượng cuộc sống chung đạt mức trùng bình thấp(43,5±16,4), lĩnh vực chức năng hòa nhập xã hội thấp nhất (53,9±22,2), lĩnh vực triệu chứng: đau, chán ăn, mất ngủ hay gặp nhất, khó khăn tài chính hay gặp đa số bênh nhân.

Kết luận:Cần phổ biến rộng rãi, huấn luyện cho nhân viên y tế trong lĩnh vực ung thư việc điều trị giảm đau cho đúng và đủ. Khi kiểm soát được đau thì chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng tăng lên.

Từ khóa: đau, chất lượng cuộc sống, ung thư giai đoạn muộn

**Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Sen
Email: bssenn1683@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATION OF PAIN AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LATE STAGE CANCER TREATED AT THE PALLIATIVE CARE DEPARTMENT OF NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To assess pain status and quality of life for patients with late stage cancer at the Palliative Care Department of Nghe An Oncology Hospital.

Subjects and research methods: Progressive cross-sectional descriptive study on 93 late stage cancer patients treated in the Palliative Care Department from March 2020 to June 2020.

Results: 94.6% of patients had pain symptoms, 91.4% had to use painkillers, of which 51.6% used second line painkillers, and 21.5% took third line pain relievers. Score the average quality of life is low (43.5 ± 16.4), lowest social integration functional domain (53.9 ± 22.2), symptom areas: pain, loss of appetite, Insomnia is the most common, financial difficulties are common in the majority of patients.

Conclusion: It is necessary to widely disseminate and train medical staff in the field of cancer to properly and adequately treat pain relief. When pain is controlled, the patient's quality of life also increases.

Keywords: pain, quality of life, late stage cancer

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là triệu chứng thường gặp ở các bệnh nhân (BN) ung thư giai đoạn muộn. Đau và

chất lượng sống có mối liên quan mật thiết. Mặc dù gần như 70-80% bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn đang phải chịu đau đớn nhưng việc điều trị đau vẫn chưa đem lại hiệu quả như mong muốn, có đến 1/4 số BN ung thư giai đoạn muộn không kiểm soát được cơn đau, triệu chứng đau vẫn chưa được kiểm soát tốt trên toàn thế giới[4],[5]. Tại Việt Nam hiện nay, vấn đề chăm sóc giảm nhẹ trong mô hình chăm sóc toàn diện đang ngày càng được chú trọng, chính vì thế rất cần các nghiên cứu khảo sát nhằm khái quát tổng quan về đau và chất lượng sống của BN ung thư tại nước ta. Đã có một số nghiên cứu mang tính lẻ tẻ về vấn đề này tại các cơ sở điều trị ung thư trong nước. Để góp thêm tiếng nói với chuyên ngành, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mong muốn mô tả tình trạng đau và chất lượng cuộc sống, từ đó làm cơ sở đề xuất những kiến nghị có giá trị cho công tác điều trị và chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân ung thư, xuất phát từ yêu cầu thực tế chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

Đánh giá tình trạng đau, chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn tại khoa Điều Trị Giảm Nhẹ từ tháng 3/2020 đến tháng 6/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư giai đoạn III, IV (theo UICC) mới vào điều trị tại Khoa Điều trị giảm nhẹ trong khoảng thời gian tháng 3/2020 đến tháng 6/2020 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các BN mới được chỉ định chăm sóc giảm nhẹ, không phân biệt tuổi tác và giới tính. BN đã được chẩn đoán ung thư giai đoạn III, IV bằng giải phẫu bệnh. BN đồng ý tham gia phỏng vấn và đủ khả năng nghe nói hiểu tiếng Việt, không mắc bệnh tâm thần.

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Những bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu : Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Cách thu thập số liệu

Thực hiện phỏng vấn trực tiếp các bệnh nhân khi mới vào viện:

* Công cụ:

a) Chúng tôi sử dụng thang điểm đau Pain Scale

b) Bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống của tổ chức nghiên cứu và điều trị Ung Thư Châu Âu (QLQ C-30 of EORTC) version 3.

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập dữ liệu và xử lý theo phần mềm SPSS 22.0, trong đó có sử dụng các thuật toán phù hợp để phân tích, so sánh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1Tình trạng đau

Bảng 3.1. Tình trạng đau ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng		Số bệnh nhân		Tỷ lệ %	
Không đau		5		5,4	
Đau	Đaunhẹ	12	**88**	12,9	**94,6**
	Đau vừa	**44**		**47,3**	
	Đau nặng	32		34,4	

Nhận xét: Có đến 94,6% bệnh nhân ung thư có đau ở các mức độ khác nhau, trong đó 47,3% số bệnh nhân đau mức độ vừa, có đến 34,4% bệnh nhân đau nặng.

3. 2 Loại thuốc giảm đau bệnh nhân đang sử dụng

Bảng 3.2. Loại thuốc giảm đau bệnh nhân phải sử dụng

Loại thuốc giảm đau bệnh nhân dùng		Số bệnh nhân điều trị	Tỷ lệ %
Không dùng thuốc giảm đau		8	8,6
Phải dùng thuốc giảm đau		85	91,4
Thuốc giảm đau	Bậc 1	17	18,3
Thuốc giảm đau	Bậc 2	48	51,6
Thuốc giảm đau	Bậc 3	20	21,5

Nhận xét: Có đến 91,4% bệnh nhân phải điều trị bằng huốc giảm đau, trong đó 51,6% trường hợp phải dùng thuốc giảm đau bậc 2 và 21,5% bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau bậc 3.

3. 3. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Hoạt động thể lực (**chức năng thể chất)**	**56,8**	16,3
Vai trò xã hội (**chức năng hoạt động**)	**63,6**	11,7
Chức năng nhận thức **(khả năng nhận thức**)	**61,6**	16,3
Chức năng xã hội (**hòa nhập xã hội**)	**53,9**	22,2
Chức năng cảm xúc (tâm lý – cảm xúc)	**69,2**	23,4
Triệu chứng mệt mỏi	58,5	17,6
Triệu chứng buồn nôn, nôn	21,2	8,6
Triệu chứng đau	83,3	21,2
Triệu chứng khó thở	31,5	12,1
Triệu chứng mất ngủ	47,8	13,5
Triệu chứng chán ăn	49,6	14,1
Triệu chứng táo bón	33,2	16,8
Triệu chứng tiêu chảy	9,5	3,1
Khó khăn tài chính	67,3	22,7
Sức khỏe tổng quát (chất lượng cuộc sống nói chung)	43,5	16,4

Nhận xét: Điểm chất lượng cuộc sống nói chung đạt mức trung bình thấp 43,5 ± 16,4 điểm

3.4 Mối tương quan giữa đau và hoạt động thể lực

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa đau và hoạt động thể lực

Mức độ đau	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Đau ít	12	60,4	15.1	< 0,01
Đau vừa	44	48,9	20,4	
Đau nặng	32	38,6	22,9	
Tổng cộng	**88**	**48,2**	**19,8**	

Nhận xét: Có sự khác nhau rõ rệt trong lĩnh vực hoạt động thể lực giữa 3 nhóm bệnh nhân: Bệnh nhân càng đau nhiều càng có điểm trung bình hoạt động thể lực càng xấu càng xấu hơn.

3.5 Mối tương quan giữa đau và vai trò xã hội

Bảng 3.5. Mối tương quan giữa đau và vai trò xã hội

Mức độ đau	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Đau ít	12	68,4	15.1	< 0,01
Đau vừa	44	51,2	18,4	
Đau nặng	32	34,6	21,9	
Tổng cộng	**88**	**43,2**	**19,6**	

Nhận xét: Có sự khác nhau rõ rệt trong lĩnh vực vai trò xã hội giữa 3 nhóm bệnh nhân: Bệnh nhân càng đau nhiều càng có điểm trung bình vai trò xã hội càng thấp

3.6 Mối tương quan giữa đau và chức năng tâm lý – cảm xúc

Bảng 3.6. Mối tương quan giữa đau và chức năng tâm lý – cảm xúc

Mức độ đau	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Đau ít	12	72,4	19.1	< 0,01
Đau vừa	44	58,2	22,4	
Đau nặng	32	38,6	18,8	
Tổng cộng	**88**	**52,2**	**20,7**	

Nhận xét: Có sự khác nhau rõ rệt trong chức năng tâm lý – cảm xúc giữa 3 nhóm bệnh nhân: Bệnh nhân càng đau nhiều càng có điểm trung bình tâm lý cảm xúc càng thấp

3.7 Mối tương quan giữa đau và chức năng khả năng nhận thức

Bảng 3.7. Mối tương quan giữa đau và khả năng nhận thức

Mức độ đau	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Đau ít	12	65,4	19.1	0,13
Đau vừa	44	56,2	21,4	
Đau nặng	32	47,6	19,8	
Tổng cộng	88	52,2	20,7	

Nhận xét: Không có sự khác biệt điểm khả năng nhận thức giữa 3 nhóm bệnh nhân

3.8 Mối tương quan giữa đau và chất lượng cuộc sống nói chung (sức khỏe tổng quát)

Bảng 3.8. Mối tương quan giữa đau và Chất lượng cuộc sống chung (sức khỏe tổng quát)

Mức độ đau	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Đau ít	12	67,4	17.1	< 0,01
Đau vừa	44	51,0	18,4	
Đau nặng	32	43,6	15,8	
Tổng cộng	**88**	**48,9**	**18,7**	

Nhận xét: Có sự khác nhau rõ rệt trong chức năng chất lượng cuộc sống chung giữa 3 nhóm bệnh nhân

IV.BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Có tới 94% bệnh nhân có biểu hiện đau, tỉ lệ này cũng phù hợp với nhiều tác giả khác là phần lớn bệnh nhân ung thư có đau, đặc biệt là trong giai đoạn tiến xa như nhóm bệnh nhân của chúng tôi khảo sát, trong đó đau nặng chiếm tỷ lệ 34,4%, đau vừa 47,3% và 91,4 bệnh nhân đòi hỏi phải dùng thuốc giảm đau (bậc 1: 18,3 , bậc 2: 51,6 , bậc 3: 21,5). Nghiên cứu của Vũ Văn Vũ và cộng sự (2010) ở 256 bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa: 73,8 bệnh nhân có đau, 72,7 phải dùng thuốc giảm đau [2]. B. El Osta (2006) thấy 77 bệnh nhân ung thư có đau [3].

Điểm trung bình sức khỏe tổng quát bệnh nhân của chúng tôi là 43,5 ±16,4, chức năng thể chất 56,8 ± 16,3, chức năng nhận thức: 61,6 ± 16,3, chức năng hoạt động: 63,6 ± 11,7 chức năng xã hội: 53,9 ± 22,2 chức năng cảm xúc: 69,2 ± 23,4. Điểm trung bình của các triệu chứng hay gặp là: đau (83,3 ± 21,2), mệt mỏi (58,5 ± 16,6), chán ăn (49,6 ± 14,1), mất ngủ (47,8 ± 13,5) và khó khăn tài chính (67,3 ± 22,7). Bùi Vũ Bình (2015) nghiên cứu 175 bệnh nhân ung thư điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội thấy điểm trung bình sức khỏe tổng quát là 47,03 ± 13,84, chức năng thể chất là 16,24 ± 5,49, chức năng hoạt động là 6,14 ± 4,16 chức năng xã hội là 12,39 ± 2,97 chức năng cảm xúc là 12,26 ± 6,14 [1]. Tuy vậy, nhìn chung điểm trung bình sức khỏe tổng quát của bệnh nhân ung thư đều tương đối thấp, các triệu chứng đau, mệt mỏi, chán ăn, mất ngủ đều hay gặp với điểm trung bình tương đối cao, ngược lại các triệu chứng ít gặp như tiêu chảy, táo bón, buồn nôn, nôn có điểm trung bình thấp. Vũ Văn Vũ (2010) thấy đau làm xấu đi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở tất cả các mặt được khảo sát [2].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Vũ Bình, Đỗ Thị Ánh, Tiến D, et al (2015).** Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015.
2. **Vũ Văn Vũ, Võ Thị Xuân Hạnh, Phạm Thị Thanh Giang, et al (2010).** Khảo sát tình trạng đau và chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh 7/2009 – 7/2010. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 14 (4), trang 811 – 822
3. **B. El Osta, F. S. Braiteh, S. Reddy, H. El Osta, E. Bruera (2006):** 'Patients' characteristics and outcomes of palliative care inpatient consults at a comprehensive cancer center'. Journal of clinical onconlogy. 24(18), pp. 74 – 77.
4. **National Comprehensive** Cancer Network (2016), adult cancer pain.
5. **World Health Organization (2018)** and Globocan (2018) "Estimated cancer incidence, mortality and prevalence wordwide in 2018"

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ TCF ĐIỀU TRỊ TÂN BỔ TRỢ UNG THƯ HẠ HỌNG - THANH QUẢN GIAI ĐOẠN III, IVA-B

Nguyễn Viết Bình*, Nguyễn Thị Hoài Thương*, Hoàng Thị Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và độc tính của phác đồ TCF trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc trên 25 bệnh nhân UTHH-TQ giai đoạn III, IVA-B được điều trị hóa chất tân bổ trợ phác đồ TCF tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2017-2020.

Kết quả: Tuổi trung bình là 58,64 (50-70 tuổi); 100% là nam giới; 96% liên quan thuốc lá; 76% vừa hút thuốc vừa uống rượu; khối u giai đoạn T3, T4 thường gặp nhất; giai đoạn hạch N2 chiếm 76%. Sau điều trị tân bổ trợ: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u là 28%, tại hạch 16%; tỷ lệ đáp ứng một phần tại u 64%, tại hạch 72%; độc tính cấp độ 3: hạ bạch cầu 6 bệnh nhân, buồn nôn 2 bệnh nhân; độc tính cấp độ 4: hạch bạch cầu 5 bệnh nhân; còn lại là các độc tính độ 1, 2.

Kết luận: Hóa trị tân bổ trợ phác đồ TCF cho 25 bệnh nhân UTHH-TQ bước đầu là có khả thi, đạt độ dung nạp với độc tính chấp nhận được.

Từ khóa: Hóa trị tân bổ trợ; TCF; ung thư hạ họng – thanh quản

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TCF INDUCTION CHEMOTHERAPY IN STAGE III, IVA-B HYPOPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CARCINOMA

Objective: Assessment on the results and adverse effects of the TCF regimen

Patients and methods: Retrospective, prospective and longitudinal study

In 25 patients with stage III, IVA-B hypopharyngeal and laryngeal carcinoma recieved TCF induction chemotherapy in Nghe An oncology hospital from 2017-2020.

Results: Median age was 58,64 (50-70); 100% male; 96% related to smoking; 76% both smoking and drinking alcohol; tumor with stage T3, T4 was the most frequent; stage N2 accounted for 76%. After induction treatment: complete tumor response was 28% and complete node response 16%; partial tumor response was 64% and partial node response 72%; grade 3 toxicities: neutropenia was 6 patients, nausea 2 patients; grade 4 toxicities: neutropenia was 5 patients, the remains were grade 1and 2.

Conclusion: TCF induction chemotherapy in 25 patients with stage III, IVA-B hypopharyngeal and laryngeal carcinoma brings high response rate with accetable toxicities

Keywords: Induction chemotherapy; TCF; hypopharyngeal and laryngeal carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ hong thanh quản (UTHH-TQ) là bệnh ác tính có tổn thương xuất phát từ lớp biểu mô của vùng hạ họng hoặc thanh quản. Ở giai đoạn sớm, tổn thương khu trú ở một vị trí nhưng sang giai đoạn muộn có thể

**Bệnh viện Ung bướu Nghệ an*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Bình
Email: nvb201072@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

xâm lấn từ hạ họng sang thanh quản hoặc ngược lại, khó phân định xuất phát điểm. Hiện nay các tác giả đều gọi chung là UTHH-TQ. Theo GLOBOCAN 2018, ung thư thanh quản đứng thứ 23; ung thư hạ họng đứng thứ 27, thường gặp ở lứa tuổi 50-70 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 4-8/1[3]

Trong UTHH-TQ, triệu chứng khởi đầu thường âm thầm, phần lớn bệnh nhân nhập viện khi đã ở giai đoạn muộn (III, IV). Trước đây, điều trị UTHH-TQ giai đoạn III-IV(M0) chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thanh quản, mất đi khả năng phát âm, ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống. Từ khi sản phẩm Taxan ra đời, nhiều nghiên cứu đã áp dụng hóa chất tân bổ trợ theo sau xạ trị hoặc hóa xạ đồng thời so sánh hiệu quả của phác đồ TCF với phác đồ CF truyền thống đã cho kết quả tốt hơn trong nhóm bệnh nhân dùng TCF về tỉ lệ đáp ứng, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ/ tại vùng, về thời gian sống thêm, giảm tỉ lệ thất bại do tái phát và di căn xa[4,5].

Trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về điều trị hóa chất tân bổ trợ UTHH-TQ giai đoạn III-IVB với kết quả khả quan. Tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An chưa có nghiên cứu nào đánh giá về đáp ứng cũng như độc tính của phác đồ TCF. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu:“ Đánh giá hiệu quả của phác đồ TCF trong điều trị tân bổ trợ UTHH-TQ giai đoạn III-IVB ” với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm chung của UTHH-TQ giai đoạn III, IVA-VB tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2017-2020.

2. Đánh giá đáp ứng và độc tính của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Gồm 25 bệnh nhân UTHH-TQ giai đoạn III, IVA-B được điều trị hóa chất tân bổ trợ phác đồ TCF tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2017-2020.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán UTHH-TQ theo phân loại của AJCC 2017 giai đoạn III, IVA-B
- Tuổi từ 18 đến 70
- Chẩn đoán mô bệnh học: Ung thư biểu mô vảy.
- Chỉ số toàn trạng ECOG: 0; 1.
- Không mắc ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân tự nguyện chấp nhận phác đồ điều trị chuyên môn.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- Bệnh nhân chống chỉ định với điều trị hóa chất.
- Bệnh nhân bỏ điều trị ngoài lý do chuyên môn.
- Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nghiêm trọng
- Phụ nữ có thai và cho con bú

- Phương pháp: Chọn cỡ mẫu thuận tiện
- Phác đồ TCF:

Docetaxel 75mg/m2da, pha truyền TM ngày 1

Cisplatin 100mg/m2da, pha truyền TM ngày 1

5 Flouroracil 1000mg/m2 da, pha truyền TM ngày 1-4

- Đánh giá đáp ứng điều trị theo RECIST, đánh giá độc tính theo WHO.
- Các số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học, theo SPSS 16.0
- ***Đạo đức nghiên cứu:***

Nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤50	2	0	2	8
51- 59	12	0	12	48
≥ 60	11	0	11	44
Tổng	**25**	**0**	**25**	**100**

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới; tuổi trung bình: 58,64 ±5,99 (50-70 tuổi); nhóm tuổi hay gặp nhất 51-59 (48%); nhóm tuổi ít gặp nhất ≤ 50 (8%)

Bảng 2. Giai đoạn theo khối u (T) và hạch vùng (N)

GĐ hạch (N)		Giai đoạn khối u (T)				Tổng	
		T1	T2	T3	T4	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
N1		0	0	1	0	1	4
N2		2	1	8	8	19	76
N3		2	1	1	1	5	20
Tổng	Số BN	4	2	10	9	25	
	Tỉ lệ	16	8	40	36		100

Khối u giai đoạn T3, T4 thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 40% và 36%; giai đoạn hạch N2 chiếm tỷ lệ 76%, N3 chiếm 20%

Bảng 3. Đánh giá đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Tại U		Tại hạch	
	N	%	N	%
Hoàn toàn	7	28	4	16
Một phần	16	64	18	72
Ổn định	2	8	3	12
Tiến triển	0	0	0	0
ORR	23	92	22	88
DCR	25	100	25	100

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u sau điều trị đạt 28%, tại hạch 16%; tỷ lệ đáp ứng một phần tại u sau điều trị 64%, tại hạch 72%; tỷ lệ đáp ứng khách quan tại u sau điều trị là 92%, tại hạch 88%; tỷ lệ kiểm soát bệnh sau điều trị tại u và hạch đạt 100%

Bảng 4. Độc tính điều trị

Độc tính	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Bạch cầu	4	16	24	20
Hồng cầu	0	12	0	0
Tiểu cầu	4	8	0	0

GOT	0	0	0	0
GPT	0	0	0	0
Urê	16	0	0	0
Creatinin	16	0	0	0
Buồn nôn	80	8	8	4
Nôn	84	4	8	4
Viêm miệng	32	0	0	0
Tiêu chảy	28	0	0	0

Độc tính trên hệ tạo huyết thường gặp nhất đặc biệt hạ bạch cầu, có 6/25 bệnh nhân (24%) hạ độ 3; 5/25 bệnh nhân (20%) hạ độ 4; 02 bệnh nhân buồn nôn độ 3; còn lại là các độc tính độ 1; 2.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,64. Theo Đàm Trọng Nghĩa, tuổi trung bình ở thấp hơn là 53,2 tuổi[1]. Nghiên cứu TAX 323, tuổi trung bình là 53 tuổi[5]. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành 100% bệnh nhân là nam giới. Nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng năm 2009, tỷ lệ nam/nữ là 24/1[2]. Khi đánh giá phân loại u nguyên phát, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T1, T2, T3 lần lượt là 16%, 8% và 40%. Với giai đoạn T4 có 36% do u xâm lấn rộng, chúng tôi không phân loại được điểm xuất phát từ hạ họng hay thanh quản. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đàm Trọng Nghĩa. Theo tác giả, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn T0, T1. Giai đoạn T2 chiếm 4,8%, T3 chiếm 12,2% và T4a là 53,7%, T4b là 29,3%[1]. Nghiên cứu TAX 323, giai đoan T3 chiếm 23,2%, T4 chiếm 69,5% [2]. Về giai đoạn hạch, giai đoạn N1 chiếm tỉ lệ 4%, N2 chiếm 76%, N3 khi hạch ≥ 6cm, hạch phá vỡ vỏ chiếm 20%[5]. Kết quả này theo nghiên cứu của Đàm Trọng Nghĩa tương ứng là 22%, 51,2% và 26,8%. Đối với đánh giá đáp ứng chúng tôi thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u là 7 bệnh nhân (28%), đáp ứng 1 phần 16 bệnh nhân (64%), 2 bệnh nhân bệnh giữ nguyên (8%)và không có tiến triển. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Đàm Trọng Nghĩa lần lượt là 32,6%, 51,2% với bệnh đáp ứng hoàn toàn và một phần[1]. Đối với đáp ứng tại hạch, nghiên cứu có 4 bệnh nhân (16%) hạch tan hoàn toàn, 18 bệnh nhân (72%) hạch giảm kích thước, 3 bệnh nhân hạch không đáp ứng với điều trị. Kết quả của chúng tôi cao hơn Đàm Trọng Nghĩa với 37,2% hạch tan một phần 20,9% hạch tan hết và 9.3% xuất hiên hạch mới trong quá trình điều trị. Về đáp ứng chung, tỷ lệ đáp ứng khách quan 92%, cao hơn nghiên cứu TAX 324 là 72%[3]. Kết quả của chúng tôi cao hơn tác giả Đàm Trọng Nghĩa với 71% đáp ứng khách quan trong đó 30,2% đáp ứng hoàn toàn, 48,9% bệnh giữ nguyên, 5 trường hợp bệnh không đáp ứng và 4 trường hợp bệnh tiến triển chiếm tỉ lệ 9,3%[1]. Về độc tính, chúng tôi thấy chủ yếu xảy ra với tế bào

máu đặc biệt là hạ bạch cầu, trong đó hạ độ 3,4 chiếm tỉ lệ 48%. Các bệnh nhân này đều được kịp thời phát hiện, được xử trí kháng sinh dự phòng và thuốc kích thích sinh tế bào máu filgrastim nên các bệnh nhân đều vượt qua, từ đó càng khẳng định vai trò lựa chọn và theo dõi bệnh nhân sát với các phác đồ mạnh. Trong nghiên cứu TAX 323, tỉ lệ hạ BC độ 3,4 chiếm 41,6%[5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 25 bệnh nhân UTHH-TQ giai đoạn III, IVA-B được điều trị hóa chất tân bổ trợ phác đồ TCF tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An cho thấy có tính khả thi, đạt độ dung nạp, tuy nhiên phải theo dõi sát về các độc tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Trọng Nghĩa.** Nghiên cứu ứng dụng hóa trị trước phối hợp hóa xạ trị đồng thời ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn III-IV. Luận án tiến sĩ y học. 2008.
2. **Ngô Thanh Tùng.** Đánh giá kết quả kết quả bước đầu hóa xạ trị đồng thời có hóa trị trướccho ung thư biểu mô bảy không mổđược tại bệnh viện K. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2009, 221-228.
3. **Globocan 2018.** https:// www.uicc.org/ news/new-global-cancer-data-globocan-2018.
4. **Lorch JH, Goloubeva O, Haddad RI, et al.** Long term results of TAX324, a randomized phase III trial of sequential therapy with TPF versus PF in locally advanced squamous cell cancer of the head and neck. Lancet Oncol. 2011, 12(2):153-159
5. **Vermorken JB, Remenar E, van Herpen C, et al.** Cisplatin, Fluorouracil, and Docetaxel in Unresectable Head and Neck Cancer. New England Journal of Medicine;2007; 357(17):1695-1704.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*, Ngô Vi Tiến*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi gần đây đã phát triển nhanh chóng trong lĩnh vực phẫu thuật tuyến giáp kể từ khi Gagner mô tả phẫu thuật cắt tuyến cận giáp lần đầu tiên năm 1996. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An áp dụng kỹ thuật này từ năm 2011. Có nhiều cách tiếp cận tuyến giáp cho việc phẫu thuật nội soi tuyến giáp của nhiều tác giả trên thế giới. Nghiên cứu này chúng tôi chọn phương pháp tiếp cận bằng đường nách và quầng vú để thực hiện phẫu thuật này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh kết quả của phẫu thuật nội bệnh lý tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 235 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1 năm 2017 đến hết tháng 12 năm 2019. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang

Kết quả nghiên cứu: 235 BN tuổi từ 14 đến 60, Nữ chiếm 91,49%), kích thước bướu từ 0,7 – 7,0cm, Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thành công với phương pháp mổ nội soi. Có 171 trường hợp (72,76%) bướu thùy phải, có 60 trường hợp (25,53%) bướu thùy trái. Chúng tôi thực hiện cắt thùy cho 160 trường hợp (68,08%). Thời gian mổ trung bình 55,35±18,25 phút, thời gian nằm viện trung bình 5,57± 0,39 ngày. Không có biến chứng do CO2 gây ra.

Có 8 trường hợp bị khàn tiếng sau mổ do trong quá trình mổ bị chấn thương thần kinh quặt ngược thanh quản nhưng sau đó bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến giáp là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u tuyến giáp, Bệnh viện ung bướu Nghệ An.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY AT THE NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Introduction: Endoscopic thyroidectomy is a recently developed procedure in the field of thyroid surgery since the first description of endoscopic parathyroidectomy by Gagner in 1996. The Nghe An Oncology hospital had applied this technique from 2011. There are ways to approach to thyroid gland for this procedure of many authors in the world. The present study reviews our initial experiences with endoscopic thyroidectomy using ipsilateral axillary and breast areola approach to evaluate its safety and feasibility.

Objectives: To evaluate the result of endoscopic thyroidectomy.

Methods: Prospective and descriptive study.

Results: 235 patients, age: 14-60 years old, female: 91,49%, the tumoral diameter: 0,7-7,0cm. All patients were successfully performed with endoscopic procedure. 171 cases (72,76%)

**Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Vi Tiến
Email: Tienbvub@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

from right lobe, 60 cases (25,53%) from left lobe. Endoscopic procedures were 160 lobectomies (68,08%). The operating time 55,35±18,25 minutes, the mean length of the hospital stay was 5,57± 0,39 days. No CO2 gas-related complications, such as subcutaneous emphysema or hypercapnia. There was 8 case of hoarseness due to recurrent laryneal nerve injury but patients recovered for 3 months.

Conclusion: The endoscopic thyroidectomy of thyroid nodules is safe and effective.

***Keywords**:* Endoscopic thyroidectomy, Nghe An Oncology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Hằng năm Bệnh viện Ung bướu Nghệ An phẫu thuật khoảng hơn 1500 trường hợp bướu cổ và số lượng BN ngày một tăng trong những năm gần đây.

Phẫu thuật tuyến giáp kinh điển, sẹo mổ ở cổ luôn luôn lộ ra bên ngoài, ai cũng nhìn thấy, nhất là khi vết mổ dài và bị sẹo lồi, trong khi đó PTNS tuyến giáp thì sẹo mổ nhỏ được che lại khi mặc quần áo và không có sẹo mổ ở cổ. Như vậy về mặt thẩm mỹ phẫu thuật nội soi tuyến giáp có ưu điểm hơn hẳn so với mổ mở.

Từ năm 2002, chỉ mới có một số bệnh viện như BV Nhân Dân Gia Định, BV Nội Tiết Trung ương, BV Chợ Rẫy, BV Trưng Vương, BV Bình Dân thực hiện được PTNS tuyến giáp. Hiện nay nhiều bệnh viện đã thực hiện được phẫu thuật này và nó dần thay thế các phẫu thuật mổ mở kinh điển.

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An chúng tôi đã triển khai PTNS tuyến giáp từ năm 2011, chỉ định trong trường hợp bướu đơn nhân và đa nhân 1 thùy. Hiện nay chỉ định PTNS được mở rộng rất nhiều kể cả trong những trường hợp ung thư tuyến giáp hay u đa nhân 2 thùy tuyến giáp.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *"Đánh giá kết quả của PTNS tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2017 đến hết tháng 12/2019".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2017 đến hết tháng 12/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn BN:

- Bướu giáp dạng nhân hoặc nang có kích thước một thùy ≤ 7,0cm.
- K giáp T1N0M0, tuyến giáp còn di động theo nhịp nuốt, không có khàn tiếng.
- Bệnh nhân đồng ý PTNS

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp đang được điều trị chưa ổn định, bệnh lý rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bướu bị viêm gây dính vào các cơ xung quanh, bướu basedow
- Bệnh nhân bị bướu giáp tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh nhân đã được mổ ở vùng cổ, dưới đòn

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang

2.3.Mô tả kỹ thuật nội soi bướu giáp:

Phương pháp vô cảm : Mê NKQ.

Tư thế BN và phẫu thuật viên :

- BN nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện thùy giáp có u
- Độn gối ở dưới 2 vai và cổ để cổ ưỡn ở mức độ trung bình
- Phẫu thuật viên đứng cùng bên thùy giáp có u, người phụ đứng dưới PTV cùng bên

khối u.

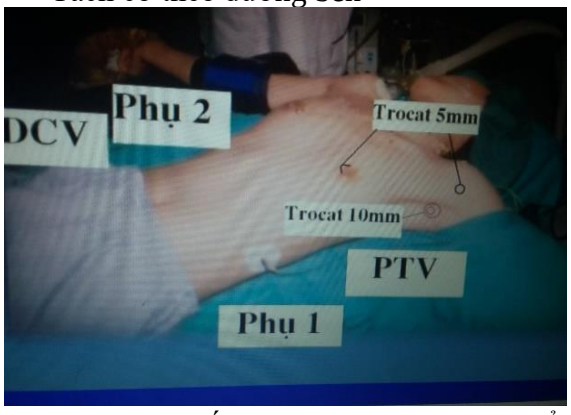
Đường vào tuyến giáp: theo đường bên

- Vị trí đặt troca: 1 trocar ở rãnh delta-ngực cùng bên bướu, 1 trocar ở quầng vú cùng bên bướu tại điểm 2 giờ (mổ bên thùy phải) và 10 giờ (mổ bên thùy trái). Đặt 2 trocar 5mm dưới sự quan sát của camera sao cho đều vào đường bóc tách của khí CO2 và vị trí ngoài da cách đều trocar 10mm.

- Bơm hơi CO2 áp lực 7-9 mmHg, sau đó tiếp tục tách lớp cơ bám da bằng dụng cụ nội soi để tạo phẫu trường mổ.

- Tách vạt da: Dùng dao điện bộc lộ khoang vô mạch lên trên cho tới sụn giáp, tách bề rộng vạt da từ bờ ngoài của cơ ức-đòn-chũm bên thùy giáp bệnh tới đường giữa

- Tách cơ theo đường bên



- Bộc lộ tuyến giáp, đánh giá xử trí tổn thương, lấy bệnh phẩm bằng túi ni lon qua lỗ troca 10mm, đặt dẫn lưu.



2.3.1. Phương pháp phẫu thuật: cắt bán phần 1 thùy giáp kèm u, cắt một thùy tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp.

2.3.2. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

2.3.3. Biến chứng sau mổ: Tụ dịch, chảy máu, tổn thương dây thần kinh quặt ngược, tê bì vùng mổ, hạ canxi máu ...

2.3.4. Thất bại mổ nội soi chuyển sang mổ mở.

2.3.5. Sự hài lòng của người bệnh sau mổ

2.4. Xử lý số liệu : Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới: Tuổi trung bình 31,5± 3,2 (14-60) tuổi.

Nam 20 (8,51%), nữ 215 (91,49%)

3.2. Phân loại bệnh: Có 66 bệnh nhân (28,08%) trường hợp bướu dạng nang, 169 bệnh nhân (71,92%) bướu dạng nhân.

3.3. FNA trước mổ được thực hiện ở 100% trường hợp, trong đó có 10 trường hợp (4,26%) nghi nghờ ung thư.

3.4. Kích thước u: Đường kính trung bình của bướu giáp là 3,22 ± 0,94 cm (0,7-7cm)

3.5. Phương pháp phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi thành công. Có 171 trường hợp (72,76%) bướu thùy phải, có 60 trường hợp (25,53%) bướu thùy trái. Có 4 trường hợp u ở eo giáp. Chúng tôi tiến hành cắt bán phần 1 thùy TG cho 72 trường hợp (30,64%), cắt 1 thùy cho 160 trường hợp (68,08%). Có 3 trường hợp chúng tôi tiến hành cắt gần toàn bộ tuyến giáp.

3.6. Thời gian phẫu thuật: Ngắn nhất 35 phút, dài nhất: 135 phút, trung bình 55,35±18,25 phút.

3.7. Thời gian nằm viện

Ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 12 ngày, trung bình 5,57± 0,39 ngày

3.8. Biến chứng sau mổ

Bảng 1: Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Tụ dịch sau mổ	9	3,83
Nhiễm trùng sau mổ	3	1,28
Khàn tiếng sau mổ	8	3,40

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới

Tuổi trung bình là 31,5±3,2; chủ yếu là nữ chiếm (91,49%). Nghiên cứu trên 750 trường hợp của Trần Ngọc Lương[2] tuổi trung bình là 28,3 và tỉ lệ nữ giới là 95,1%. Của tác giả Đỗ Hữu Liệt[3] trên 426 bệnh nhân thì nữ chiếm 93%, tuổi trung bình là 36,5 tuổi.

4.2 Kích thước bướu và vấn đề chỉ định phẫu thuật.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của chúng tôi là bướu đơn nhân hoặc đa nhân có kích thước mỗi thùy ≤ 7,0 cm, ung thư tuyến giáp T1N0M0. Trần Ngọc Lương[2] chỉ định phẫu thuật: bướu giáp nhân, bướu giáp đa nhân, Basedow, ung thư tuyến giáp với kích thước từ 1 – 5,8cm. Đỗ Hữu Liệt[3] chỉ định phẫu thuật cho bướu giáp nhân lành tính có kích thước ≤ 6cm. Hiện nay chưa có một chỉ định thống nhất cho phẫu thuật nội soi tuyến giáp, chỉ định tùy thuộc từng phẫu thuật viên và từng trường hợp cụ thể.

Chỉ định cắt thùy, hay cắt bán phần một thùy tuyến giáp tùy thuộc và kích thước khối u và vị trí khối u. Nghiên cứu của chúng tôi có 15 trường hợp (thêm 5 trường hợp STTT trong mổ là K giáp) ung thư tuyến giáp được chỉ định cắt 1 thùy tuyến giáp + eo giáp.

4.3. Biến chứng sau mổ.

Chúng tôi có 9 bệnh nhân (3,83%) tụ dịch sau mổ, trong đó có 2 bệnh nhân tụ dịch sau nhiễm trùng vết mổ. Tất cả 9 bệnh nhân này đều được điều trị ổn định bằng chọc hút dịch. Có 3 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, cấy định danh vi khuẩn đều kháng nhiều loại kháng sinh, điều trị bằng kháng sinh liều cao. 8 trường hợp khàn tiếng tạm thời sau mổ (3,4%), trong đó có 7 trường hợp khối u to nằm sát chỗ đổ vào của thần kinh quặt ngược thanh quản, nên tổn thương thần kinh (khỏi sau 4 tuần) còn 1 trường hợp tổn thương do dao siêu âm chạm vào thần kinh (trường hợp này khỏi sau 3 tháng). Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ.

Trần Ngọc Lương[2] ghi nhận có 1 ca chảy máu mổ lại, 1 ca khàn tiếng sau mổ (750 bệnh nhân). Đỗ Hữu Liệt[3] ghi nhận 2,1% trường hợp chảy máu, 11,2 % khàn tiếng tạm thời

4.4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện.

Thời gian mổ là bình 55,35±18,25 ngắn nhất 35 phút, kéo dài nhất 135 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,57± 0,39 ngày. Jeryong[4] phẫu thuật trung bình là 89,93 phút, thời gian nằm viện là 5,37 ngày. Jun-ho Choe[5] là 165,3 phút và thời gian nằm viện là 4 ngày. Trịnh Minh Tranh[6] phẫu thuật trung bình 125,02 và thời gian nằm viện là 4,58 ngày. Thời gian nằm viện và thời gian phẫu thuật của chúng tôi không khác biệt nhiều so với các tác giả khác.

4.5. Kết quả thẩm mỹ, sự hài lòng của người bệnh.

220 bệnh nhân (93,62%) trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi hài lòng với kết quả phẫu thuật. Có 15 bệnh nhân (6,38%) chưa hài lòng về phẫu thuật do sau mổ bị tụ dịch, thời gian nằm viện dài ngày, do vùng mổ viêm, xơ dính, dị cảm. Trong các nghiên cứu trong và ngoài nước [2-4-5] đều khẳng định tính thẩm mỹ, tâm lý tự tin của bệnh nhân sau mổ bướu cổ nội soi.

V. KẾT LUẬN

Qua 235 trường hợp mổ nội soi bệnh lý tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, chúng tôi có một số kết luận sau:

Nữ 215 BN chiếm 91,49% , thời gian mổ là 55,35±18,25 phút (35 đến 135 phút), thời gian nằm viện 5,57± 0,39 ngày, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ phải mổ lại, tụ dịch sau mổ 3,83%, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ (1,28%), khàn tiếng tạm thời là 3,40%.

Chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ cao, có thể áp dụng cho nhiều loại bệnh lý tuyến giáp khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Gagner (1996)**. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. Br J Surg, 83 (6), 875.
2. **Trần Ngọc Lương (2005).** Một số nhận xét về kỹ thuật mổ nội soi tuyến giáp bằng đường thành ngực trước và đường nách: qua 200 trường hợp bướu nhân ở 1 thùy. Tạp chí y học thực hành, 8 (517), tr.38-41.
3. **Đỗ Hữu Liệt (2015).** Phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường tiếp cận nách và quầng vú. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 12 (4), tr. 22-27.
4. **K. Jeryong, L. Jinsun, K. Hyegyong và cộng sự (2008).** Total endoscopic thyroidectomy with bilateral breast areola and ipsilateral axillary (BBIA) approach. World J Surg, 32 (11), 2488-2493.
5. **J. H. Choe, S. W. Kim, K. W.** Chung và cộng sự (2007). Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach. World J Surg, 31 (3), 601-606.
6. **Trịnh Minh Tranh (2008).** So sánh sử dụng khung nâng với bơm khí co2 tạo phẫu trường trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 12 (4), tr.272-276.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*, Nguyễn Đình Hiếu*, Nguyễn Hoàng Quân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thành công, tỉ lệ tai biến, biến chứng, thời gian mổ, số lượng máu mất và thời gian nằm viện của phẫu thuật nội soi cắt gan.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả 58 BN phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 6/2019 đến 8/2020.

Kết quả: Tỉ lệ nam : nữ là 2,1 : 1, tuổi trung bình 58,3 ± 16,5 tuổi (19 - 81). 70,7% BN có viêm gan siêu vi B hay C. 100% BN chức năng gan Child Pugh A (5điểm). Có 5 BN (8,7%) chúng tôi thất bại khi sử dụng PTNS cắt gan, phải chuyển sang mổ mở để hoàn tất phẫu thuật, biến chứng sau mổ thấp 12,1%. Thời gian mổ trung bình 96,6 ± 46,8 phút (45-240). Lượng máu mất trung bình 100 ml (0 - 1000). Thời gian nằm viện trung bình là 6,7 ngày (5 - 13).

Kết luận: PTNS cắt gan điều trị ung thư tế bào gan có khả năng thực hiện các loại phẫu thuật cắt gan từ đơn giản đến phực tạp: cắt gan hạ phân thùy (hpt), cắt phân thùy gan, cắt gan lớn, cắt gan trung tâm, cắt gan theo giải phẫu... với tỷ lệ tai biến, biến chứng không cao hơn mổ mở và mang đến cho người bệnh nhiều lợi ích của phẫu thuật ít xâm hại.

Từ khóa: PTNS cắt gan, ung thư tế bào gan.

**BV Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu
Email: bshieu27021986@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATMENT AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objects: Determining the rates of success, morbidity, operation time, blood loss and postoporation stage of laparoscopic hepatectomy.

Methods: Cross sectional survey of 58 cases of laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma treatment at Nghe An Oncology Hospital, period from 6/2019 to 8/2020.

Results: Sex ratio was 2,1:1, mean age was 58,3 ± 16,5 years old (19-81). Patients with hepatitis B or C accounted for 70,7%. 100% patients had liver function at Child Pugh A (5 points). We had to convert to other technique in 5 patients because of the potential of major bleeding and tumor perforation, low rate of postoperation mobidity 8,7%. Mean operation time was 96,6 ± 46,8 minutes (45- 240). Mean blood loss was 100 ml (0 - 1000). Mean postoperation stage was 4,5 days (5 - 13).

Conclusion: Laparoscopic liver resection for HCC is feasible, and effective with good oncologic results. Major and anatomic hepatectomy can be performed more usual by improving skill and experience. Laparoscopic liver resection become promising potental treatment with mini invasive benefit for HCC patients.

Key words: Laparoscopic Liver Resection, Hepatocellular cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn ung thư tế bào gan luôn được ưu tiên chọn lựa. Tuy nhiên, do gan có vị trí giải phẫu tương đối đặc biệt, nằm ngay dưới cơ hoành, được khung sườn che chắn xung quanh nên khi mổ mở cắt gan, bệnh nhân (BN) phải chịu một vết mổ lớn, mức xâm hại cao. Vết mổ dài gây nhiều đau đớn, ẩn chứa nhiều nguy cơ biến chứng và làm BN hồi phục chậm sau mổ. Vì vậy, việc nghiên cứu ứng dụng phương pháp điều trị ít xâm hại hơn, mang đến cho BN nhiều lợi ích là vấn đề cần thiết.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) đã chứng minh được ý nghĩa của phương pháp điều trị ít xâm hại khi cần cắt bỏ ruột thừa, túi mật, đại tràng, dạ dày... thế nhưng vai trò của PTNS cắt gan điều trị ung thư tế bào gan chưa được nghiên cứu và đánh giá đầy đủ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ ngày 6/2019 đến 8/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Cỡ mẫu:

Bao gồm tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị.

- Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tế bào gan.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: BN được PTNS chẩn đoán nhưng không cắt được gan nội soi (gan xơ nặng, di căn xa...).

2.3. Các bước phẫu thuật:

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, dạng hai chân.

- Vị trí trocar: chúng tôi thường thực hiện kỹ thuật nội soi cắt gan với 4-5 trocar. Camera đặt ở trocar rốn, 2 trocar bên phải dành cho phẫu thuật viên chính thực hiện thao tác phẫu thuật với dụng cụ như kẹp phẫu tích, dao cắt đốt siêu âm,...). Hai trocar bên trái để người phụ mổ thực hiện thao tác kẹp căng giữ và sử dụng ống hút.

- Kiểm soát cuống gan: kiểm soát cuống gan chọn lọc được thực hiện. Cuống gan phải hay trái (tùy vào vùng gan bên nào được thực hiện phẫu thuật) được bộc lộ và kẹp tạm để hạn chế máu vào gan.

- Cắt nhu mô gan: sau khi kiểm soát máu vào gan, xác định ranh giới vùng gan dự kiến cắt bỏ, nhu mô gan được cắt bằng dao siêu âm.

Bệnh phẩm sau khi được cắt rời khỏi gan, sẽ được cho vào bao và lấy qua trocar ở rốn mở rộng hay vết mổ trên xương mu (trong những trường hợp bệnh nhân có nhu cầu thẩm mỹ cao).

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu:

Tỉ lệ nam : nữ trong nghiên cứu là 2,1:1.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,3 ± 16,5 tuổi (19 - 81tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất 40 – 70 tuổi chiếm 79,6%.

Số lượng tiểu cầu trung bình 176,9 ± 98,9/mm3 (115.000- 580.000/mm3).

Bảng 1: Tình trạng viêm gan nhóm nghiên cứu.

Tình trạng viêm gan	Gía trị (%)
B	28 (48,3%)
C	10 (17,3%)
B và C	3 (5,1%)
Không viêm gan	17 (29,3%)

Chức năng gan: 100% bệnh nhân có chức năng gan Child A (5 điểm).

Men gan: GOT: 37,9 ± 9,8 U/L (8 - 105).

GPT: 18,9 ± 8,5 U/L (5 - 87).

Bảng 2: Nồng độ AFP máu trước phẫu thuật.

Chỉ tiêu			Giá trị
AFP	Trung bình		546,6 ± 134,8 (1,4 - 2286)
	Phân nhóm (ng/ml)	≤ 20	13 (22,4%)
		200 - 400	26 (44,8%)
		> 400	19 (32,8%)

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt gan

Bảng 3: Các loại PTNS cắt gan

	Vị trí U	Thành công	Thất bại	Mức độ cắt gan
1 HPT	HPT 1	3 (5,1%)	0 (0%)	Cắt gan nhỏ 46 BN (79,4%)
	HPT 4	2 (3,4%)	0 (0%)	
	HPT 5	2 (3,4%)	1 (1,7%)	
	HPT 6	8 (13,7%)	0 (0%)	
	HPT 7	3 (5,1%)	0 (0%)	
	HPT 8	0 (0%)	1 (1,7%)	
2 HPT	Thùy trái	12 (20,6%)	2 (3,4%)	
	Phân thùy trước	2 (3,4%)	0 (0%)	
	Phân thùy sau	7 (12,06%)	0 (0%)	
	HPT 5+6	3 (5,1%)	0 (0%)	
3 HPT	Gan trái	7 (12,06%)	0 (0%)	Cắt gan lớn 12 BN (20,6%)
	HPT 5+6+7	1 (1,7%)	1 (1,7%)	
4 HPT	Gan phải	3 (5,1%)	0 (0%)	
Tổng cộng		**53 (91,3%)**	**5 (8,7%)**	

PTNS cắt gan nhỏ chiếm đa số (79,4%), cắt gan lớn chiếm 20,6%.

Tỉ lệ thất bại do PTNS 5/58 (8,7%) phải chuyển mổ mở để cắt gan.

Bảng 4: Tai biến trong mổ

Loại tai biến		Gía trị (%)
Chảy máu trong mổ	Rách TM trên gan (T)	1 (1,7%)
	Rách bờ (T) TM chủ	2 (3,4%)
	Rách TM trên gan (P)	2 (3,4%)
	Rách TM cửa (P)	3 (5,1%)
Rách đường mật cuống gan		2 (3,4%)

Bảng 5: Kích thước u sau mổ

Kích thước u (cm)		BN	Tỷ lệ (%)	BN	Tỷ lệ (%)
≤ 5	< 2	2	3,4%	33	56,8%
	2 ≤ u ≤ 3	8	13,7%		
	3 < u ≤ 5	23	39,7%		
> 5	5 < u ≤ 10	21	36,2%	25	43,2%
	> 10	4	7,0%		
Tổng cộng		**58**	**100%**	**58**	**100%**

Nhóm khối U kích thước ≤ 5cm chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm u kích thước > 5cm

Bảng 6: Giai đoạn UTTBG theo BCLC

Giai đoạn UTTBG	Nhóm thành công	Nhóm thất bại
0 (rất sớm)	2 (3,4%)	0 (0%)
A (sớm)	25 (43,1%)	2 (3,4%)
B (trung gian)	26 (44,8%)	3 (5,3%)
Tổng	**53 (91,3%)**	**5 (8,7%)**

Nhóm BN giai đoạn A và B chiếm đa số, giai đoạn 0 chiếm tỉ lệ rất thấp 3,4%.

Bảng 7: Độ biệt hóa khối u gan sau mổ

Độ biệt hóa	BN (N)	Tỷ lệ %
Cao	17	29,3%
Vừa	28	48,3%
Thấp	13	22,4%
Tổng	**58**	**100%**

Kết quả PTNS cắt gan:

- Thời gian mổ trung bình: 96,6 ± 46,8 (45 - 240 phút).
- Lượng mất máu trung bình: 100ml (0 - 1000ml), có 3 BN chuyền máu trong mổ.
- Diện cắt gan không có tế bào ác tính 56/58 BN (96,6%).
- Số lượng stapler trung bình sử dụng 1,2 ± 0,5 (0 - 4 cái).

3.3. Kết quả sớm sau mổ.

- Thời gian BN tự sinh hoạt sau mổ trung bình là 2,6 ngày (1- 4 ngày).
- Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng là 5 ngày (2 - 7 ngày).

- Không có BN tử vong trong thời gian nằm viện
- Thời gian nằm viện trung bình là 6,7 ngày (5 - 13).

Bảng 8: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	BN	Tỷ lệ %
Không	51	87,9%
Rò mật	2	3,4%
Chảy máu	0	0%
Viêm phổi	3	5,3%
Tràn dịch màng phổi	2	3,4%
Suy gan sau mổ	0	0%

IV.BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 41BN (70,7%) nhiễm viêm gan virus. Trong đó VG B chiếm tỷ lệ cao nhất 28BN (48,3%), có 10BN (17,3%) nhiễm VG C. Tỷ lệ này phản ánh tình hình nhiễm viêm gan virus ở BN UTTBG tại Việt Nam. Hầu hết UTTBG có nguyên nhân từ viêm gan virus, mà viêm gan virus B chiếm đa số. Đặc biệt có 3BN (5,1%) nhiễm cả VG B và VG C. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có AFP trong giới hạn bình thường chiếm tỉ lệ khá cao 13BN (22,4%). Điều này có thể lý giải do BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong thời gian gần đây, bệnh được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm hơn các nghiên cứu khác, khi khối u chưa quá lớn. Chọn lựa BN để phẫu thuật cắt gan là vấn đề phức tạp, cần được cân nhắc bởi nhiều yếu tố, trong đó chức năng gan là một trong những yếu tố quyết định. Chúng tôi thực hiện đánh giá mối liên quan của các mức phân độ xơ gan theo Child-Pugh với tỷ lệ 100% Child A (5 điểm).

Chúng tôi bắt đầu thực hiện PTNS cắt gan điều trị ung thư gan từ 6/2019. Chỉ định phẫu thuật ban đầu thường giới hạn ở các loại cắt gan đơn giản như cắt thùy trái, cắt gan ở vùng ngoại vi. Theo thời gian, kinh nghiệm được tích lũy dần, kỹ thuật phẫu thuật tiến bộ hơn, chúng tôi phát triển mở rộng chỉ định. Sau khi thực hiện PTNS khoảng 10BN đầu, chúng tôi thực hiện thường qui kỹ thuật PTNS hoàn toàn và chủ động hơn trong việc phẫu tích cuống gan, giảm thiểu tối đa các tai biến đáng tiếc xảy ra. Kết quả có 53/58 BN được thực hiện thành công với tất cả các loại cắt gan (Bảng 3).

Với 5/58BN (8,7%) PTNS cắt gan bị thất bại, cần chuyển đổi sang mổ mở để hoàn thành phẫu thuật cắt gan. Nguyên nhân của chuyển đổi kỹ thuật như sau: 2BN cắt thùy gan trái: do lúc đầu triển khai kỹ thuật cắt gan nội soi, chúng tôi đã chủ động chọn các BN u thùy trái, tuy nhiên khi phẫu tích tĩnh mạch trên gan trái chúng tôi chưa phẫu tích tận gốc, chưa kiểm soát được hoàn toàn tĩnh mạch mà đã tiến hành cắt nhu mô thùy trái nên khi dùng stapler cắt xong nhu mô gan thì bị rách nguyên ủy tĩnh mạch trên gan trái không cầm được máu qua nội soi, BN thứ 2 do phẫu tích mặt dưới thùy trái gây rách bờ bên trái tĩnh mạch chủ dưới. Đây là 2 BN thuộc giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật, còn

về sau, chúng tôi có 12 BN cắt thùy trái đều diễn ra hoàn toàn thuận lợi, đặc biệt có BN PTNS chỉ diễn ra trong vòng 45 phút. Còn lại 3 BN: 1BN cắt gan HPT 5, 1BN cắt gan HPT 8, 1BN cắt gan HPT 5+6+7: đây là các trường hợp khối u nằm ở vị trí khó phẫu tích kiểm soát chọn lọc mạch máu, khi thực hiện phẫu thuật gây chảy máu nhiều nên chúng tôi chủ động chuyển sang phẫu thuật mở khi có dấu hiệu chảy máu khó kiểm soát.

Đối với các khối u ở các phân thùy sau trên của gan (hpt 7,8,1). Đây là khu vực khó của PTNS do sự giới hạn về khả năng quan sát qua kính soi, khó tiếp cận phẫu trường và các dụng cụ nội soi cũng gặp khó khăn khi thao tác nâng đỡ hay hay kéo giữ gan. Chính vì vậy, trong thời gian đầu, hầu hết các tác giả cân nhắc đây là chống chỉ định tương đối của PTNS cắt gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u gan hpt 8 có 1BN (1,7%) trên cơ địa BN có gan xơ đầu đinh nên chúng tôi xác định cắt gan tối thiểu HPT 8, vì khối u nằm trọn trong ngã 3 tĩnh mạch: trên gan phải, trên gan giữa và tĩnh mạch chủ dưới nên khi kiểm soát các tĩnh mạch này gây rách chảy máu nên chúng tôi chuyển mổ mở. Có 3BN cắt gan HPT 1 bao gồm 2 BN S1l và 1 BN S1r đều được chúng tôi tiến hành vén gan trái và phải đề thực hiện PTNS cắt gan thuận lợi.

PTNS có khả năng đảm bảo nguyên tắc ung thư khi điều trị UTTBG. Hiện nay hầu hết các tác giả đều thống nhất khoảng cách an toàn từ diện cắt gan đến khối u cần tối thiểu 1cm để đảm bảo nguyên tắc ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các trường hợp đều được xét nghiệm tức thì diện cắt gan để đánh giá tính triệt căn của phẫu thuật, có 56/58BN (96,6%) diện cắt hết tế bào ung thư. Còn 2BN (3,4%) khối u ở gần các cấu trúc quan trọng cần bảo tồn trong gan nên mặt phẳng phẫu thuật không thể xa khối u hơn nữa được.

Trong thời gian đầu tiến hành PTNS cắt gan, thời gian mổ kéo dài và phẫu tích gặp nhiều khó khăn, càng về sau, khi tiến hành PTNS cắt gan nhiều hơn, kỹ thuật phẫu thuật tốt hơn, thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 96,6phút (ngắn nhất: 45 phút, dài nhất 240phút). So với các tác giả khác, thời gian mổ thay đổi từ 99 - 331 phút, thời gian mổ của chúng tôi tương đương.

Tỉ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi 12,1%, bao gồm: rò mật 2BN (3,4%), viêm phổi 3 BN (5,3%), tràn dịch màng phổi 2BN (3,4%), suy chức năng gan (0%), chảy máu sau mổ (0%)... Qua tổng kết của Kevin Tri, tỷ lệ biến chứng là 10%, bao gồm: rò mật 1,5%, suy chức năng gan tạm thời 1%. Các biến chứng trong nghiên cứu gần nhất của nhóm tác giả Trần Công Duy Long trên nhóm nghiên cứu 260 BN PTNS cắt gan, rò mật: suy gan: chảy máu: biến chứng khác lần lượt 0,8%: 0,8%: 0,8%: 2,7%.

Thời gian nằm viện trung bình 6,7 ngày (5 - 13 ngày). 47/58BN (81%) nằm viện 7 ngày sau mổ. 51/58BN (87,9%) tự sinh hoạt được ở ngày thứ 3 sau mổ. Các BN đau nhiều nhất vào ngày thứ hai sau mổ, và tất cả các BN được PTNS cắt gan hoàn toàn đều không phải dùng biện pháp giảm đau hỗ trợ, đến ngày thứ 4 sau mổ thì hầu như không đau. Điều này chứng tỏ các bệnh nhân phục hồi rất sớm sau mổ. Đây là ưu điểm nổi trội của phẫu thuật nội soi.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt gan điều trị UTTBG có khả năng thực hiện an toàn các loại phẫu thuật cắt gan từ đơn giản đến phực tạp: cắt phân thùy gan, cắt gan lớn, cắt gan theo giải phẫu... mang đến cho BN các lợi ích của phẫu thuật ít xâm hại.

Cần đánh giá thêm về kết quả sống thêm sau mổ để khẳng định vai trò của PTNS cắt gan điều trị ung thư tế bào gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Công Duy Long (2016),** Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan, Luận án Tiến sỹ y học (2016), tr 118-122.
2. **Buell JF, Cherqui D, Geller DA, O'Rourke N, (2008).** The international position on laparoscopic liver surgery: The Louisville Statement. Ann Surg, 250(5): 825-830.
3. **Gigot JF, Glineur D, Santiago Azagra J, et al. (2002).** Laparoscopic liver resection for malignant liver tumors: preliminary results of a multicenter European study. Ann Surg, 236(1): 90-97.
4. **Lin NC, Nitta H, Wakabayashi G (2013).** Laparoscopic major hepatectomy: a systematic literature review and comparison of 3 techniques. Ann Surg, 257(2): 205-213.
5. **Makuuchi M (2013).** Surgical treatment for HCC--special reference to anatomical resection. Int J Surg, 11 Suppl 1, S47- S49.
6. **Nguyen KT, Gamblin TC, Geller DA (2009).** World review of laparoscopic liver resection-2804 patients. Ann Surg, 250(5): 831-841.
7. **Yoon YS, Han HS, Cho JY, Ahn KS (2010).** Total laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma located in all segments of the liver. Surg Endosc, 24(7): 1630-1637.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO THẬN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Văn Chương*, Lê Duy Tuấn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để ung thư tế bào thận. Phẫu thuật nội soi hứa hẹn là phương pháp điều trị mang lại nhiều lợi ích. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi cắt thận trong điều trị ung thư tế bào thận, tính khả thi, an toàn, hiệu quả áp dụng kỹ thuật này.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ thành công, tỉ lệ tai biến, biến chứng, thời gian mổ, và thời gian nằm viện của phẫu thuật nội soi cắt thận điều trị ung thư tế bào thận.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang 30 BN phẫu thuật nội soi cắt thận điều trị ung thư tế bào thận tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 1/2017 đến 7/2020.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu: 54,59+ 13,53. Số lượng BN nam là 14 (46,7%) và nữ là 16 (53,3%). Đau hố thắt lưng chiếm tỷ lệ 56,7%, tiểu máu chiếm 20%**.** Có 50 % bệnh ở giai đoạn IA, 46,7% ở giai đoạn IB, 3,3% giai đoạn IIA**.** Thời gian mổ trung bình: 115 ± 18,4 phút. Chảy máu trong mổ chiếm 10%, tổn thương rách đại tràng chiếm 3,3%, chuyển mổ mở có 1 trường hợp chiếm 3,3%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,5 ngày, không có biến chứng chảy máu, abcess tồn dư và suy thận sau mổ, ung thư thế bào sáng chiếm tỷ lệ cao nhất với 27 TH (90%)**.** Kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 90%, không có kết quả xấu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thận điều trị ung thư tế bào thận tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: PTNS cắt thận

**BV Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Duy Tuấn
Email: Duytuan8990@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RENAL RESECTION FOR RENAL CELL CARCINOMA TREATMENT AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Introduction: Renal resection is curative and popularized therapy for renal cell carcinoma. Laparoscopic surgery, with minimally invasive techniques, potentially brings benefits to patients who need renal resection for renal cancer. The aim of our study is to evaluate the effectiveness, safety and benefits of laparoscopic renal resection for RCC with long term results.

Objects: Determining the rates of success, morbidity, operation time, blood loss and postoporation stage of laparoscopic renalectomy.

Methods: Cross sectional survey of 30 cases of laparoscopic renalectomy for renal cell carcinoma treatment at Nghe An Oncology Hospital, period from 1/2017 to 7/2020.

Results: The average age of the study: 54,59+ 13,53. Male patients were 14 (46.7%) and female patients were 16 (53.3%). Low back pain accounted for 63.3%, and hematuria accounted for 16.6%. Stage IA diseases accounted for 50% and stage IB diseases accounted for 46,7%. The average operation time was 115 ± 18,4 minutes.

Bleeding during the operation accounted for 10%, colon laceration lesions accounted for 3.3%, and 2 cases of open surgery accounted for 6.7%. The average postoperative hospital stay was 5,5 ± 0,95. days. There were no complications of bleeding, residual abscess and renal failure after the operation. Among them, light cell carcinoma accounted for the highest rate, with 27 cases (90%).The percentage of good surgical results was the highest, 90%, with no adverse effects.

Conclusion: Laparoscopic renal resection for the treatment of RCC is safe and effective

Key words: Laparoscopic Renal Resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào (UTTB) thận, là loại ung thư thận thường gặp nhất chiếm 90% tăng sinh ác tính của thận, với tỉ lệ 2 - 3% tổng số các bệnh ung thư. Nguyên nhân của bệnh chưa thực sự rõ ràng, nhưng nhiều yếu tố nguy cơ đã được đề cập đến. Tại Việt Nam mặc dù chưa có số liệu thống kê đầy đủ nhưng UTTB thận được xếp hàng thứ ba trong các loại ung thư của hệ tiết niệu. Có nhiều phương pháp điều trị được áp dụng cho UTTB thận trong đó điều trị ngoại khoa vẫn giữ vai trò chủ đạo. Kể từ trường hợp cắt u thận bằng nội soi qua phúc mạc đầu tiên được thực hiện bởi Clayman RV và cộng sự năm 1990, phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt thận đã ngày càng được ứng dụng rộng rãi trên thế giới tại nhiều trung tâm phẫu thuật. Các nghiên cứu so sánh hiệu quả của cắt thận NS với cắt thận mổ mở, cắt thận NS bán phần với cắt thận NS toàn bộ, cắt thận NS qua phúc mạc và cắt thận NS sau phúc mạc đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước thực hiện[1],[7],[8]. Số lượng các nghiên cứu được thực hiện ngày một nhiều trên quy mô lớn chứng tỏ phẫu thuật NS trong điều trị UTTB thận đang là kỹ thuật được nhiều tác giả quan tâm, với nhiều ưu điểm và ít các nguy cơ tai biến, biến chứng. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Đánh giá kết quả cắt thận nội soi điều trị ung thư tế bào thận tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt thận qua nội soi ổ bụng điều trị ung thư tế bào thận tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ ngày 01/2017 đến 07/2020, có các tiêu chuẩn sau đây:

• BN không phân biệt tuổi giới có đầy đủ hồ sơ bệnh án, kết quả siêu âm, chụp CLVT được chẩn đoán ung thư thận.

• Được chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt thận. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy các BN ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 dựa trên phân loại TNM 2018 của hiệp hội chống ung thư quốc tế UICC và hiệp hội ung thư Hoa Kỳ AJCC.

• Kết quả giải phẫu bệnh trả lời là ung thư tế bào thận.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

• Các trường hợp không đầy đủ hồ sơ bệnh án, kết quả chẩn đoán hình ảnh.

• Các trường hợp kết quả giải phẫu bệnh không phải là ung thư tế bào thận hoặc không có kết quả giải phẫu bệnh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi lấy mẫu thuận tiện không xác suất, bao gồm tất cả các BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian tiến hành từ tháng

01/2017 đến tháng 07/2020 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

2.2.2 Cách thức tiến hành

Tiến hành thu thập các dữ liệu cần thiết thông qua hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Ung bướu Nghệ An thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 07/2020

2.2.3 Các bước phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân: ngiêng phải (cắt thận trái), nghiêng trái (Cắt thận phải)

- Vị trí trocar: chúng tôi thường thực hiện kỹ thuật nội soi cắt thận với 3-4 trocar. Camera đặt ở trocar rốn, 2 trocar dành cho phẫu thuật viên chính thực hiện thao tác phẫu thuật với dụng cụ như kẹp phẫu tích, dao cắt đốt siêu âm,...). một trocar để người phụ mổ thực hiện thao tác kẹp căng giữ và sử dụng ống hút.

- Phẫu tích bộc lộ thận: hạ đại tràng góc gan (cắt thận phải), hạ đại tràng góc lách, lách, đuôi tụy (cắt thận trái)

- Phẫu tích bộc lộ cuống thận, thắt riêng rẽ bó mạch thận bằng hemolock, lấy lớp mỡ quanh thận kèm nạo vét hạch, thắt bó mạch sinh dục và lấy sát gốc niệu quản.

Bệnh phẩm sẽ được cho vào túi và lấy qua trocar ở rốn mở rộng, vết mổ trên xương mu hay đường trắng bên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2018 đến tháng 7/2020 chúng tôi đã có 30 bệnh nhân đưa vào tiêu chuẩn nghiên cứu với các kết quả sau:

3.1 Đặc điểm chung:

3.1.1 Tuổi: Tuổi thường gặp nhất là 51 - 60 tuổi và 60 - 70 tuổi, chiếm tỉ lệ 30% và 30% cho từng nhóm, tỉ lệ BN trên 40 tuổi chiếm 96,7%.

3.1.2 Giới: Số lượng BN nam là 14 (46,7%) và nữ là 16 (53,3%)

3.2 Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1 Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng đau thắt lưng cùng bên là thường gặp nhất, có 17 BN chiếm tỉ lệ 56,7%. Tổng số có 6 BN có đái máu chiếm 20% trong đó 3BN kèm đau hố thắt lưng, có 7 trường hợp phát hiện bệnh tình cờ khi đi khám sức khỏe chiếm tỉ lệ 23,3%.

3.2.2 Giai đoạn bệnh trên CLVT

Có 50 % BN ở giai đoạn IA, 46,7% BN ở giai đoạn IB, 3,3% BN ở giai đoạn IIA

3.3 Thời gian mổ

Thời gian mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu là 115 ± 18,4 phút, ngắn nhất là 70 phút có 3 BN và dài nhất là 150 phút có 2 BN.

Thời gian cắt thận trái trung bình là 110 ± 21,3 phút, thời gian cắt thận phải trung bình là 117 ± 25,9, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,255).

3.4 Biến chứng trong mổ:

Bảng 3.1 Biến chứng trong mổ

	N	Tỷ lệ %
Chảy máu trong mổ	2	6,7
Tổn thương tạng khác	1	3,3
Chuyển mổ mở	1	3,3

3.5 Diễn biến sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,5 ngày. Ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 8 ngày. Không có bệnh nhân nào có biến

chứng như: Chảy máu sau mổ, abcess tồn dư và suy thận sau mổ.

3.6 Mô bệnh học. Ung thư thế bào sáng chiếm tỷ lệ cao nhất với 27 TH (90%). Còn lại là ung thư thế bào ky màu 1 TH (3,3%), ung thư tế bào nhú 2 TH (6,7%). Có 42 hạch nạo vét, không có BN di căn hạch

3.7 Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 BN có kết quả tốt (90%), 2 BN có kết quả khá (6,7%), 1 BN (3,3%) có kết quả trung bình, không có kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: Về phương diện tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 54,6 ± 13,53 tuổi, hơi thấp so với một số tác giả khác. Theo Pyo (2008) [7], nghiên cứu về nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận cho 110 TH với độ tuổi trung bình là 62 ± 10,8 tuổi. Tuy nhiên, trên 60 tuổi cũng có 7 TH và lớn tuổi nhất là 68 tuổi, điều này cho thấy phương pháp can thiệp này có thể áp dụng cho nhiều nhóm tuổi.

Số lượng BN nam là 14 (46,7%) và nữ là 16 (53,3%), bệnh xuất hiện ở cả 2 giới và tỷ lệ của nữ giới chiếm ưu thế hơn so với nam giới, phù hợp với nhận định của Hội Niệu khoa Châu Âu 2008 [6].

Triệu chứng đau thắt lưng cùng bên là thường gặp nhất, có 17 BN chiếm tỉ lệ 56,7%. Tổng số có 6 BN có đái máu chiếm 20% trong đó 3BN kèm đau hố thắt lưng, có 7 trường hợp phát hiện bệnh tình cờ khi đi khám sức khỏe chiếm tỉ lệ 23,3%.

Theo Campbell (2007), khoảng 50% UTTBT được phát hiện tình cờ. Với số lượng tình cờ phát hiện chỉ có 7/30 TH (23,3%), tôi nhận thấy số lượng này hơi thấp vì hiện nay với tính thông dụng của siêu âm thì các u có thể phát hiện sớm và nhiều hơn. Còn triệu chứng tiểu máu có 6 TH, điều này thật sự phù hợp với nghiên cứu vì chỉ tiếp nhận u thận giai đoạn sớm kích thước nhỏ (≤ 70mm). Ở giai đoạn này triệu chứng tiểu máu không được phát hiện nhiều, và tam chứng kinh điển đau hố thắt lưng, tiểu máu đại thể, khám thấy khối u thận hiện nay rất hiếm thấy, theo Campbell (2007) [8]. Kích thước khối u trên CT : Có 50% bệnh ở giai đoạn IA ,có 46,7% ở giai đoạn IB, có 3,3% BN ở giai đoạn IIA. Không có BN giai đoạn IIB,III

4.2 Thời gian mổ, biến chứng trong mổ, kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu là 115 ± 18,4 phút, ngắn nhất là 70 phút có 3 BN và dài nhất là 150 phút có 2 BN.

Đối chiếu với một số kết quả cắt thận nội soi trong nước và nước ngoài chúng tôi nhận thấy rằng kết quả này nằm ở mức độ trung gian [4],[6],[7]

Biến chứng chảy máu trong mổ gặp 2 trường hợp do tổn thương tĩnh mạch thận, 1 trường hợp phải chuyền 350ml khối hồng cầu trong mổ, 1 trường hợp phải chuyển mổ mở (3,3%). So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn (2010) thì tỷ lệ của chúng tôi tương đương (3,3% so với 4,2%). Có 1 trường hợp tổn thương đại tràng do trong quá trình phẫu tích làm rách đại tràng góc lách, chúng tôi xử lý khâu qua nội soi. Pyo P (2008) với 102 bệnh nhân báo cáo có 1 trường hợp rách ruột và 1 trường hợp tổn thương tụy đã được xử lý qua nội soi [7].

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,5 ngày. Ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 8 ngày. So với Pyo P (2008) và Hoàng Long (2012). Thời gian giảm đau sau mổ trung bình là 2,4 ngày, ngắn nhất 1,5 ngày, dài nhất 4 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình 2,6 ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất 4 ngày. Không có bệnh nhân nào có biến chứng như: Chảy máu sau mổ, abcess tồn dư và suy thận sau mổ[1] ,[7]. Ung thư thế bào sáng chiếm tỷ lệ cao nhất với 20 TH (66,8%). Số lượng nạo vét hạch là 42, trung bình là 1,4 hạch do giai đoạn bệnh trong nhóm nghiên cứu này là giai đoạn sớm (giai đoạn I), tỷ lệ di căn hạch thấp, tương đương với kết quả của Pyo P (2008) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 BN có kết quả tốt (90%), 2 BN có kết quả khá (6,7%) bao gồm có chảy máu do rách tĩnh mạch thận và tổn thương đại tràng nhưng vẫn xử lý cắt thận qua nội soi, 1 BN (3,3%) có kết quả trung bình do chảy máu phải chuyển qua mổ mở cắt thận, không có kết quả xấu. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Đậu Quyền (2015) [2].

V. KẾT LUẬN

Qua 30 trường hợp mổ nội soi cắt thận điều trị UTTBT tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An chúng tôi nhận thấy rằng kỹ thuật có nhiều ưu điểm, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân

Cần có thời gian nghiên cứu dài hơn với số lượng bệnh nhân nhiều hơn để đánh giá thêm thời gian sống của kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long (2012).** Kết quả điều trị phẫu thuật cắt u thận rộng rãi qua nội soi sau phúc mạc. Tạp chỉ Y Dược lâm sàng 108. 7(3), 59-63.
2. **Ngô Đậu Quyền (2014).** (2011), Đánh giả kết quả cắt thận nội soi điều trị ung thư tế bào thận tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn bác sỹ nội trú, Đại Học Y Hà Nội
3. **Nguyễn Bửu Triều (2003),** Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
4. **Nguyễn Minh Tuấn, Nguyễn Ngọc Bích . (2010).** Kết quả cắt thận nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008, 2010, Ngoại khoa. **Số đặc biệt 4, 5, 6**. 269-275.
5. **Clayman RV., Kayoussi LR., Soper NJ. et al (1991).** Laparoscopic nephrectomy: intial case report. The Journal of Urology. 162, 278-282.
6. **Matthew D. Dunn, Andrew J. Portis, Arieh L. Shalhav (2000).** Laparoscopic versus open radical nephrectomy: A9-year experience. 772OJournal of Urology. 164, 1153-1159.
7. **Pyo P., et al (2008),** "Retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy: Surgical experience and outcome", J Urol, 180, pp. 1279-1283.
8. **Campbell SC et al (2007),** "Renal tumor", Campbell-Walsh Urol, Chapter 47, 9th ed, Section XII.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SINH THIẾT VÚ CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG VÚ

Vũ Đình Giáp*, Trần Thị Hoài*, Trần Thị Yến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, tính an toàn và sự hài lòng của người bệnh với kĩ thuật Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm (VABB)

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 109 bệnh nhân nữ có tổn thương tuyến vú đã được sinh thiết có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ năm 2018 đến hết tháng 08/2020

Kết quả: Tuổi trung bình là 27,52 ± 9,05 (14 – 59). Kích thước trung bình của khối u là 16,27 ± 6,2mm (5- 30mm), đa số có 1 -2 khối u (91,74%), số lượng u lấy ra nhiều nhất trên 1 bệnh nhân là 5. Kết quả giải phẫu bệnh đa phần lành tính trong đó u xơ tuyến vú chiếm đa số (89%), có 1 trường hợp carcinoma (0,9%).Thời gian phẫu thuật trung bình là 45,41 ± 14,82 phút (20 -80), 72,5% bệnh nhân không sử dụng thuốc giảm đau sau mổ ngày thứ 2. Không có biến chứng nặng, tụ máu sau mổ 7,3%, thủng da 0,9%, chảy máu trong mổ 0,9%. 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Kết luận: VABB là phương pháp an toàn, hiệu quả để sinh thiết trọn các tổn thương vú, bên cạnh đó còn điều trị các tổn thương lành tính, đem lại hiệu quả thẩm mĩ cao.

Từ khóa: Ung thư vú, sinh thiết vú, sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE OUTCOME OF APPLYING VACUUM-ASSISTED BREAST BIOPSY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BREAST LESIONS

Objective: The present study was performed to assess the effectiveness, the safeness and satisfying values of patient to vacuum-assisted breast biopsy (VABB)

Methods: This Case-Control combine Retrospectiveprospective study involved 109 woman who underwent vacuum-assisted breast biopsies in Nghe An Oncology Hospital from 2018 to August 2020.

Results: The mean ages is 27,52 ± 9,05 (14 – 59), a mean diameter of 16,27 ± 6,2mm (range, 5- 30mm), almost 1 -2 tumors (91,74%), the amount of maximum tumors are 5, respectively. The most common histological findings were benign, including fibrocystic change (89%), malignant (0,9%). The mean intraoperative time is 45,41 ± 14,82 phút (20 -80), with 72,5% patients who no use postoperative pain medication. There are no serious complications, postoperative hematoma 7,3%, injury skin 0,9%, intraoperative hemorrhage (0,9%). 100% patients satisfy with surgical result

**BV Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Giáp
Email: Bsgiap84@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Conclusion: VABB is safe, affective method to biosy breast lessions, in addition, treatment affectively benign tumors.

Key words: Breast cancer, corebiopsy, VABB

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất và luôn là nỗi ám ảnh của người phụ nữ. Để chẩn đoán chính xác bệnh lý tuyến vú, bên cạnh khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết khối u là một phương tiện quan trọng để có chẩn đoán mô học.

Để có kết quả mô học, chúng ta có thể sinh thiết mở, sinh thiết lõi kim, hay sử dụng sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm (Vacuum assisted breast biopsy – VABB). VABB được tạo ra vào năm 1995 đã khắc phục nhược điểm của sinh thiết lõi kim và sinh thiết mở. Đến năm 2002, VABB đã được thực hiện một cách rộng rãi trên thế giới và được FDA chấp thuận sử dụng điều trị thay thế cho phẫu thuật cắt u vú lành tính với nhiều ưu điểm.

Tại Việt Nam VABB đã được sử dụng tại bệnh viện lớn ở Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An là một trong những bệnh viện tuyến tỉnh đầu tiên triển khai kĩ thuật này. Nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, đáp ứng nhu cầu của người dân cũng như mong muốn phục vụ người dân một cách tốt nhất, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả ứng dụng kĩ thuật sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm (VABB) trong chẩn đoán và điều trị tổn thương vú"* với 2 mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các khối u vú thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu

2. Đánh giá hiệu quả, tính an toàn và sự hài lòng của người bệnh với kĩ thuật Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm (VABB)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1: Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nữ có tổn thương tuyến vú đã được sinh thiết có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm cho mục đích chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ năm 2018 đến hết tháng 08/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

* Mục đích chẩn đoán:

- Tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng và chẩn đoán phân loại BIRADS III, IV.
- BN không có khả năng theo dõi, tăng kích thước khối u trong quá trình theo dõi
- Bệnh nhân lo lắng quá mức

* Mục đích điều trị: Lấy bỏ các tổn thương lành tính ở vú, kích thước tối đa là 30mm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tổn thương vú không xác định được dưới siêu âm
- Các trường hợp đã xác định u ác tuyến vú bằng sinh thiết lõi kim, sinh thiết mở.

2.2: Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.3: Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0

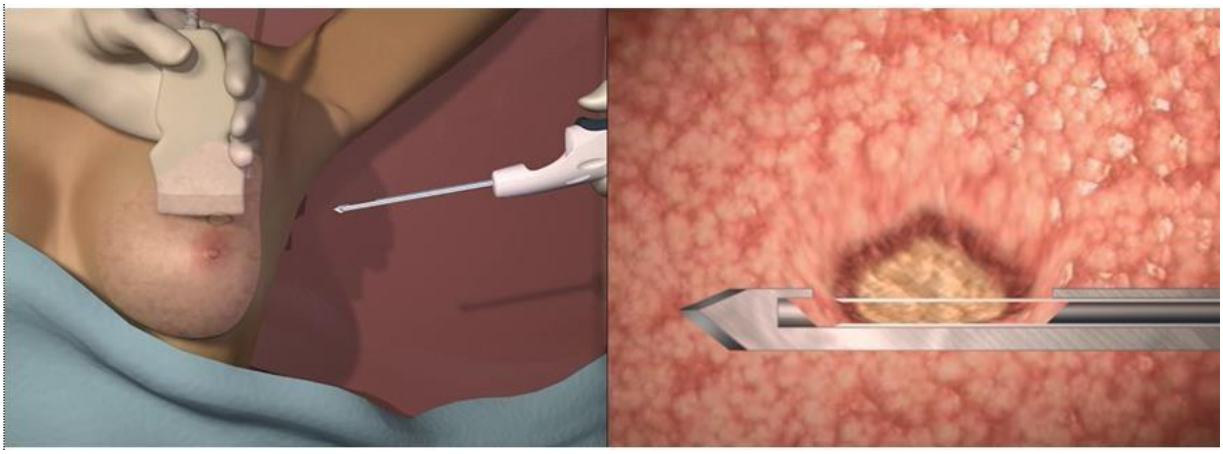
2.4: Các bước tiến hành: Thủ thuật VABB được tiến hành tại phòng mổ:

- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ ở tư thế thoải mái, sát khuẩn vú bên sinh thiết.
- Dưới hướng dẫn siêu âm, tiêm Medocain 1% gây tê phía sau và phía dưới khối u
- Dùng dao rạch một lỗ nhỏ để đưa kim VABB vào.

- Khi kim sinh thiết được đưa và đúng vị trí ngay dưới khối u (vị trí 6h) phẫu thuật viên sẽ thao tác để hút và cắt mẫu mô của khối u dưới hướng dẫn siêu âm

- Sau khi sinh thiết hoàn tất, vết rạch sẽ được đóng lại bằng băng ép trong 24h

- Ghi nhận thời gian phẫu thuật, dùng thuốc giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện, biến chứng và sự hài lòng của người bệnh.



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Có 109 bệnh nhân được sinh thiết lấy trọn khối u bằng VABB. Tuổi trung bình là 27,52 ± 9,05 tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất là 59 tuổi.

Kích thước khối u trung bình là 16,27 ± 6,2mm, trong đó kích thước nhỏ nhất là 5mm, lớn nhất là 30mm.

Bảng 3.1.1. Đặc điểm về số lượng khối u được hút của đối tượng nghiên cứu

Số lượng u	N	Tỷ lệ (%)
Một	80	73,39
Hai	20	18,35
Ba	5	4,59
Bốn	3	2,75
Năm	1	0,92

Bảng 3.1.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh của đối tượng nghiên cứu

GPB	N	%
U xơ	97	89,0
U nang	7	6,4
Viêm xơ	4	3,7
Carcinoma	1	0,9

3.2: Kết quả điều trị của phương pháp

3.2.1. Đặc điểm thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu: Thời gian phẫu thuật trung bình là 25,6 ± 7,2 phút, dài nhất là 40 phút, ngắn nhất là 8 phút.

3.2.2. Đặc điểm dùng thuốc giảm đau sau mổ ngày thứ 2: 27,5% bệnh nhân có sử dụng thuốc giảm đau, 72,5% bệnh nhân không phải sử dụng thuốc giảm đau

3.2.3. Đặc điểm thời gian nằm viện: Trung bình là 1,5 ± 0,5 ngày, nhiều nhất là 2 ngày, ngắn nhất là 1 ngày.

3.2.4. Đặc điểm về biến chứng

Bảng 3.2.1. Đặc điểm về biến chứng

Biến chứng	N	%
Tụ máu sau mổ	8	7,3
Chảy máu trong mổ	1	0,9
Nhiễm trùng	0	0
Thủng da	1	0,9
Sinh thiết thất bại	0	0
Không có biến chứng	99	90,8

3.2.5. Đặc điểm mức độ hài lòng của người bệnh: 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị

IV. BÀN LUẬN

Trong ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng, tuổi là một yếu tố quan trọng. Đối với ung thư vú, tuổi mắc bệnh thường ở độ tuổi trưởng thành và già, đặc biệt là trên 40 tuổi. Tuy nhiên trong các bệnh lý khối u ở vú thì tổn thương lành tính chiếm đa số và các tổn thương này có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt ở người trẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì cho thấy nhóm tuổi trung bình bệnh nhân được tiến hành thủ thuật là 27,52 ± 9,05 tuổi, (14–59). Trong nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh[1] tuổi trung bình là 32, (16 – 81). Tuy có sự chênh lệch nhưng nhìn chung ở các nghiên cứu nhóm bệnh nhân chủ yếu vẫn là các bệnh nhân trẻ tuổi.

Trong nghiên cứu này, VABB được dùng để điều trị cho các khối u có kích thước lớn nhất là 30mm, trung bình là 16,27 ± 6,2mm. Kích thước u nhỏ hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh[1], kích thước u lớn nhất là 55mm, trung bình 31,7mm, tuy nhiên lớn hơn so với nghiên cứu của Park là đa số u có kich thước từ 6 – 10mm. Như vậy tùy thuộc vào kích cỡ của kim sinh thiết được sử dụng mà kích thước u tối đa có thể lấy được là khác nhau.

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật có 1 – 2 khối u vú (73,39% và 18,35%), đặc biệt có 1 trường được hút có 5 khối u. Trong nghiên cứu của Trần việt Thế Phương và CS[2], đa số bệnh nhân có 1 – 2 khối u (48,5% và 30%), số lượng u được hút nhiều nhất cho 1 bệnh nhân là 6, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. So với phương pháp mổ hở lấy u thì VABB có ưu điểm vượt trội, có thể lấy hết tổn thương, đặc biệt trên bệnh nhân có nhiều khối u ở vú, gây tổn thương ít và không để lại sẹo.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh lành tính, trong đó u xơ tuyến vú là chủ yếu (89%),có 1 trường hợp giải phẫu bệnh ác tính (0,9%), chúng tôi đã giải thích và điều trị cho bệnh nhân theo phác đồ điều trị ung

thư vú.Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Việt Thế Phương và CS[2] thì tỷ lệ ác tính chiếm 1,1%, trong nghiên cứu của Karol[3] với 196 trường hợp thì tỷ lệ ung thư chiếm 1,02%, trong nghiên cứu của Park[4] với 8748 bệnh nhân thì ung thư chiếm tỷ lệ 3,7%.Mặc dù VABB có rất nhiều ưu điểm so với mổ mở hay các kĩ thuật sinh thiết khác nhưng VABB có nhược điểm là chi phí cao hơn nhiều nên đa số bệnh nhân lựa chọn để điều trị các tổn thương lành tính chứ ít lựa chọn để chẩn đoán.

Trong 109 trường hợp được tiến hành VABB với thời gian phẫu thuật trung bình là 25,6 ± 7,2 phút. Thời gian phẫu thuật tối thiểu cho 1 trường hợp là 8 phút và tối đa là 40 phút. So với nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh[1], thời gian thực hiện phẫu thuật trung bình là 12 phút, ngắn nhất là 5 phút, dài nhất là 20 phút, thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn. Điều này có thể được giải thích do VABB là một kỹ thuật mới và tương đối khó, đòi hỏi phẫu thuật viên cần phải có thời gian tập luyện để thuần thục. Hơn nữa cách tính thời gian của mỗi nghiên cứu có thể khác nhau ở chỗ có tính thời gian gây tê hay không, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ được tính từ lúc bắt đầu gây tê đến khi kết thúc cuộc mổ.

So với phương pháp mổ thường thì VABB là phương pháp ít xâm lấn, sẹo tối thiểu nên mức độ đau thấp hơn nhiều so với phương pháp mổ thông thường.Trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân không sử dụng thuốc giảm đau sau mổ (72,5%), Trong nghiên cứu của Trần việt Thế Phương và CS[2], có 8,4% bệnh nhân có đau trong 3 ngày đầu.

Tương tự các tác giả khác, các biến chứng của chúng tôi không nhiều và thường được kiểm soát dễ dàng. Trong 109 ca làm VABB của chúng tôi có 7,3% tụ máu sau mổ, 0,9% thủng da và có 0,9% chảy máu trong mổ, không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hay phải dừng phẫu thuật do đau, do chảy máu hay do nguyên nhân khác. Nghiên cứu của Trần việt Thế Phương và CS[2], có 4,1% có tụ máu sau mổ, chảy máu trong mổ 1,7%, thủng da 0,8%, tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong 2477 ca của Lee[5], có 3 trường hợp chảy máu nhiều và được giải quyết bằng băng ép. Những trường hợp tụ máu sau mổ có thể được xử lý bằng chọc hút kim hoặc không cần xử lý gì trong quá trình theo dõi. Có một trường hợp thủng da do khối u kích thước nhỏ, nằm gần núm vú, sát bề mặt da, được khâu lại bằng 1 mũi chỉ nilon. Trường hợp chảy máu trong mổ được ép cầm máu trong vài phút sau đó vẫn tiếp tục tiến hành phẫu thuật thì bệnh nhân ổn định, không có chảy máu tiếp. Để giải quyết những trường hợp chảy máu Fu[6] đề xuất dung ống thông Foley đặt vào giường bướu và bơm nước vào sode để cầm máu.

VABB là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, không để lại sẹo, bệnh nhân rất ít đau và không cần sử dụng kháng sinh sau mổ, tỷ lệ tai biến, biến chứng rất thấp nên những bệnh nhân không có nguy cơ chảy máu hay tụ dịch sẽ được về trong ngày, chỉ giữ lại để theo dõi những bệnh nhân có nguy cơ và bệnh nhân được xuất viện ngày thứ 2 sau mổ.

Với những ưu điểm vượt trội, kèm theo bệnh nhân được tư vấn đầy đủ trước khi tiến

hành thủ thuật, được theo dõi, giải thích và xử lý kịp thời các trường hợp có biến chứng sau mổ nên 100% bệnh nhân được tiến hành VABB tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An đều hài lòng với kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

VABB là một kỹ thuật mới mẻ và đầy triển vọng để chẩn đoán và điều trị các tổn thương vú, đặc biệt trên bệnh nhân có nhiều khối u vú lành tính, đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao. Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An là một trong những bệnh viện tuyến tỉnh đầu tiên thực hiện thành công kỹ thuật này. Trong tương lai, VABB cần được áp dụng nhiều hơn để sinh thiết chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ ung thư ở các tổn thương nhỏ hoặc các tổn thương không sờ thấy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Quang Khánh (2018).** Kết quả chẩn đoán và điều trị tổn thương tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm. Ung thư học Việt Nam, số 4-2018, 132 - 136
2. **Trần Việt Thế Phương và CS (2018).** Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không (VABB) dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán và điều trị tổn thương vú. Ung thư học Việt Nam, số 4-2018, 347 - 352
3. **Karol P, Dawid M, Piotr N (2011),** "Vacuum assisted core-needle biopsy as a diagnostic and therapeutic method in lesions radiologically suspicious of breast fibroadenoma", Reports of practical oncology and radiotherapy. (16),32-35.
4. **Park HL, Kang SS, Kim DY (2007), et al.** "Is surgical excision necessary for a benign phyllodes tumor of the breast diagnosed and excised by ultrasound- guided vacuum assisted biopsy device (mammotome)?" J Korean Surg Soc; 73: 198 -203
5. **Lee SH, Kim EK, Kim MJ, Moon HJ, Yoon JH (2014),** "Vacuum assisted breast biopsy under ultrasonographic guidance: analysis of a 10 year experience", ultrasonography, (33), 259 –266.
6. **Fu SM, Wang XM, Yin CY, Song Hui (2015),** "Effectiveness of hemostasis with Foley catheter after vacuum- assisted breast biopsy", Journal of Thoracic Disease, 7(7), 1213-1220.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP MILLARD TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHE HỞ MÔI HAI BÊN TOÀN BỘ BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2018-2020

Lê Xuân Thu*, Nguyễn Quang Hà*, Hồ Nghĩa Thiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở môi (KHM) hai bên toàn bộ bẩm sinh bằng phương pháp Millard cải tiến trong phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An (BVSNNA).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 23 bệnh nhân (BN) bị KHM hai bên toàn bộ bẩm sinh từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2020 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Kết quả: BN bị KHM hai bên bẩm sinh được đến khám và phẫu thuật nhiều nhất ở nhóm tuổi ≥ 19 tháng (56%). Tỷ lệ nam/nữ là 3/2. Thường gặp BN bị KHM 2 bên kết hợp với khe hở vòm miệng (89,96%). Kết quả chức năng và thẩm mỹ: tốt 91,30%, trung bình 8,70%, kém 0,00%. Không có BN nào có biến chứng trong phẫu thuật, chỉ có 1 BN biến chứng sau phẫu thuật (4,53%), bị nhiễm trùng vết mổ.

Kết luận: phẫu thuật điều trị khe hở môi (KHM) hai bên toàn bộ bẩm sinh bằng phương pháp Millard cải tiến an toàn, mang lại chức năng và tính thẩm mỹ cao hơn.

Từ khóa: khe hở môi hai bên, phương pháp Millard, đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS MILLARD METHOD IN SURGICAL TREATMENT OF BILATERAL COMPLETE CLEFT LIP AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: The study on clinical characteristics and results of bilateral complete cleft lip surgery. **Subjects and methods**: A cross-sectional descritive study of 23 patients with bilateral complete cleft lip with Millard method at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from 01/2018 to 08/2020. **Results**: patients with bilateral complete cleft lip were examined and operated the most in the age group ≥ 19 months (56%). The ratio of men: women was 3: 2. Bilateral complete cleft lip and palate was common (89.96%). Functional and aesthetic results: good 91.30%, average 8.70%. No patient had complications in surgery. **Conclusions**: Bilateral complete cleft lip surgery by innovative Millard method is the safe, more functional and aesthetically pleasing.

Keywords: bilateral cleft lip, Millard method, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi (KHM), khe hở vòm miệng (KHVM) là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, gây ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ nhất là KHM hai bên toàn bộ làm cho trẻ luôn mặc cảm, tự xa lánh với cộng đồng.

**Khoa RHM - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Thu
Email: lethu2020@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

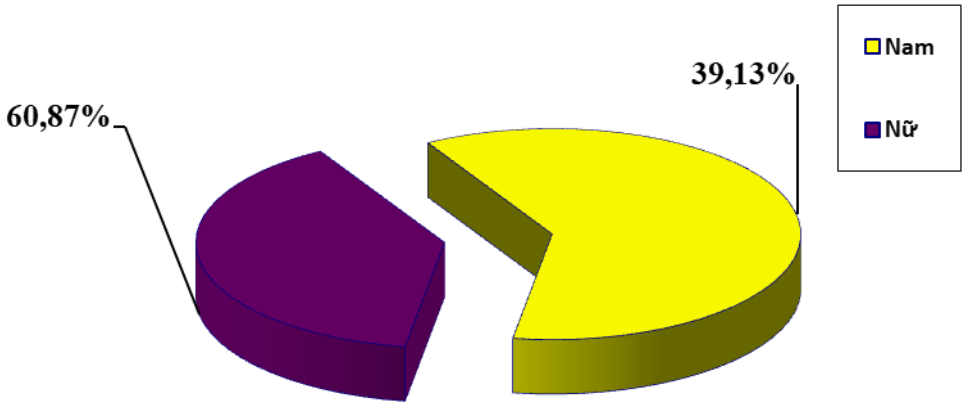
Để điều trị, phẫu thuật (PT) tạo hình môi là biện pháp đầu tiên và cơ bản nhất. Đã có nhiều phương pháp (PP) phẫu thuật tạo hình môi được sử dụng, với mục tiêu: đóng kín khe hở, đảm bảo thẩm mỹ và chức năng. Mỗi phương pháp có ưu, nhược điểm khác nhau. Tuy nhiên, PP Millard là PP có nhiều ưu điểm và được nhiều tác giả áp dụng.

Đề tài: "Đánh giá kết quả ứng dụng phương pháp Millard trong phẫu thuật điều trị khe hở môi hai bên toàn bộ bẩm sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2018 – 2020", với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng khe hở môi hai bên toàn bộ bẩm sinh được phẫu thuật theo phương pháp Millard và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị nhóm bệnh nhân trên. Nghiên cứu ứng dụng này rất cần thiết trong phẫu thuật điều trị cho trẻ bị KHM ở Nghệ An và vùng phụ cận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 23 BN bị KHM 2 bên toàn bộ bẩm sinh được điều trị PT tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2020, bằng phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Xử lý số liệu bằng SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố BN nghiên cứu theo giới tính

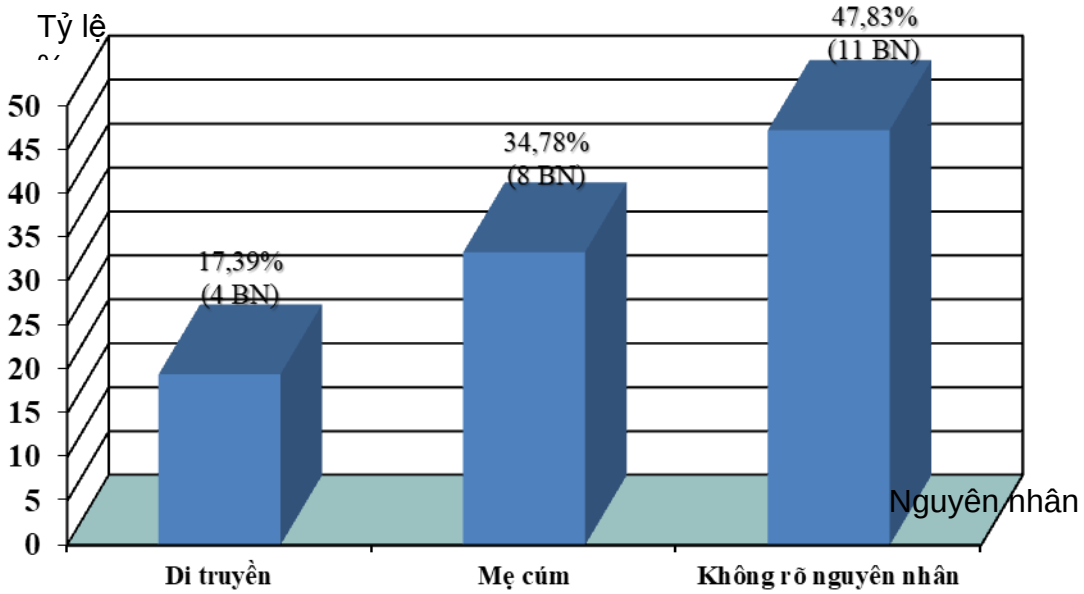
Nhận xét: Trong 23 BN có 14 BN nam chiếm 60,87% và 9 BN nữ chiếm 39,13%. Tỷ lệ nam/nữ là 3/2.

Bảng 1. Phân bố BN nghiên cứ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 - 6 tháng	5	21,74
7 – 18 tháng	5	21,74
≥ 19 tháng	13	56,52
Tổng	23	100,00

Nhận xét:- Không có ca nào <1 tháng và >41 tháng.

- Nhóm tuổi ≥19 tháng chiếm cao nhất với 56,52%
- Nhóm tuổi 1 – 6 tháng và 7 – 18 tháng chiếm ngang nhau với 21,74%.



Biểu đồ 2. Phân bố BN theo nguyên nhân.

Nhận xét:

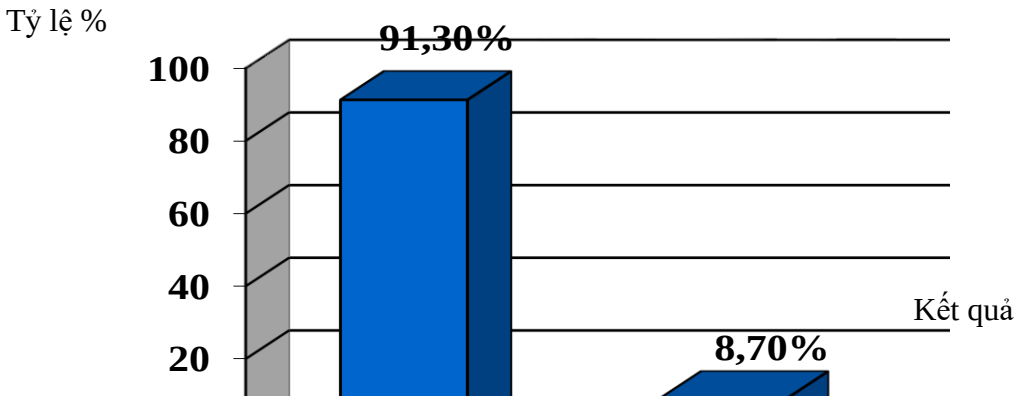
- Yếu tố di truyền: 17,39% (4 BN)
- Mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai: 34,78% (8 BN)
- Không rõ nguyên nhân: 47,83% (11 BN).

Bảng 2. Phân bố BN theo hình thái khuyết hổng và giới tính.

Giới / Loại	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
KHM hai bên đơn thuần	2	14,29	1	11,11	3	13,04
KHM hai bên + KHVM	12	85,71	8	88,89	20	86,96
Tổng	14	100	9	100	23	100

Nhận xét:

- KHM 2 bên đơn thuần 3 BN chiếm 13,04%
- KHM 2 bên kết hợp KHVM 20 BN chiếm 89,96 %
- Tỷ lệ gặp KHM hai bên kết hợp KHVM ở cả nam và nữ là tương đương nhau



Biểu đồ 3. Phân bố BN theo kết quả chức năng và thẩm mỹ

***Nhận xét*:** Trong 23 BN nghiên cứu: - Đạt kết quả tốt 21 ca (91,30 %)
- Trung bình 2 ca (8,70 %)
- Kém 0 ca (0,00 %).

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	0	0,00
Chảy máu	0	0,00
Không có biến chứng	23	100,00
Tổng	**23**	**100**

Nhận xét: Trong 23 BN nghiên cứu:
- Không bị biến chứng trong PT: 23 (100,00%)
- Bị biến chứng trong PT: 0 (0,00%).

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật.

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuột chỉ	0	0,00
Nhiễm trùng vết mổ	1	4,35
Bục vết mổ	0	0,00
Không bị biến chứng	22	95,65
Tổng	23	100,00%

Nhận xét: Trong 23 BN có
- 01 trường hợp (4,35%) bị nhiễm trùng vết mổ ngay tại phần nền mũi
- còn lại 22 BN (95,65%) không bị biến chứng gì.

IV. BÀN LUẬN

Về giới tính: Nghiên cứu 23 BN bị KHM hai bên toàn bộ bẩm sinh được phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 08 năm 2020 chúng tôi nhận thấy số BN nam là 14 ca (60,87%), nữ 9 ca (39,13%). Như vậy tỷ lệ nam/nữ ≈ 3/2, phù hợp với các tác giả nghiên cứu trước đó.

Về tuổi: Trong điều kiện bệnh viện Sản Nhi, chăm sóc tốt sau mổ, BN được phẫu thuật sớm nhất 2 tháng tuổi, muộn nhất 41 tháng. Kết quả cho thấy trẻ được mổ ở nhóm ≥ 19 tháng tuổi chiếm 56,52%; ≤ 6 tháng tuổi và từ 7 – 18 tháng tuổi chiếm tỷ lệ như nhau với 21,74% (bảng 1). Kết quả này phù hợp dần với các tác giả nước ngoài.

Về nguyên nhân: Nguyên nhân do yếu tố di truyền chiếm 17,39% (4 BN); mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 34,78% (8 BN); không rõ nguyên nhân: chiếm 47,83% (11 BN); không thấy trường hợp nào do mẹ tiếp với hoá chất độc trong 3 tháng đầu mang thai. Có thể mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ và chỉ ở BN bị KHM hai bên toàn bộ hoặc ngày nay có sự kiêng khem giữ gìn tốt hơn của các bà mẹ mang thai.

Hình thái khuyết hổng của BN trong mẫu nghiên cứu: Bảng 2 cho thấy 20 BN (86,96%) bị KHM 2 bên toàn bộ kèm theo KHVM chỉ có 3 BN (13,04%) bị KHM bên đơn thuần. Như vậy, có thể nhận xét khi trẻ bị KHM 2 bên toàn bộ thường kèm theo KHVM và KHM 2 bên đơn thuần ít gặp hơn.

Kết quả chức năng và thẩm mỹ: Biểu đồ 3 cho thấy 91,30% (21 BN) đạt kết quả tốt; 8,70% (2 BN) đạt trung bình do 2 ca này có khe hở cung hàm quá rộng nên khi uống sữa bị vãi ra ngoài. Tuy nhiên BN vẫn chụm được môi và kín ngách lợi. Không có ca nào ở mức độ kém.

Ưu điểm, nhược điểm của phương pháp Millard: Qua nghiên cứu 23 BN bị KHM hai bên toàn bộ bẩm sinh được phẫu thuật theo PP Millard với các kết quả đạt được trên đây chứng tỏ tính ưu việt của PP này đó là sự an toàn trong (không có ca nào biến chứng) và sau phẫu thuật (không có ca nào bục vết mổ). Phương pháp đạt kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Chỉ 8,70% không đạt kết quả tốt (biểu đồ 3) do trẻ mổ muộn (41 tháng) nên khe hở cung hàm bị rộng ra, mấu tiền hàm biến dạng nhiều và ở BN viêm mũi họng kèm theo. Đạt được kết quả này là do PP này tạo được cơ vòng môi, niêm mạc, da theo sinh lý, bù đắp đủ chiều cao phần khuyết hổng, môi cân đối theo chiều ngang, hình nhân trung và cung cupidon rõ không có hiện tượng khuyết làn môi đỏ, cánh mũi cuộn tròn đều, cân đối, đường rạch trùng với gờ nhân trung nên sẹo mờ và kín đáo.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng KHM hai bên toàn bộ bẩm sinh được phẫu thuật theo PP Millard:

- KHM hai bên toàn bộ bẩm sinh gặp ở cả hai giới và có tỷ lệ nam/nữ = 3/2
- Tuổi phẫu thuật thấp nhất là 02 tháng, cao nhất là 41 tháng, ở trẻ nam và nữ đa số phẫu thuật ở nhóm tuổi ≥ 19 tháng với tỷ lệ đều trên 50%.
- Nguyên nhân: mẹ bị ốm trong 3 tháng đầu mang thai là 34,78%, yếu tố di truyền 17,39% và không rõ nguyên nhân là 47,83%.
- Hình thái: hầu hết là KHM 2 bên kèm theo KHVM (chiếm 86,96%).

2. Kết quả sau phẫu thuật KHM hai bên toàn bộ bẩm sinh theo PP Millard.

Chức năng và thẩm mỹ đều đạt kết quả tốt, không có biến chứng trong phẫu thuật, và không có biến chứng nghiêm trọng nào sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Đức Sơn (1999),** Nhận xét về phẫu thuật tạo hình khe hở môi hai bên bằng vạt xoay đẩy, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học y Hà Nội.
2. **Lê Đức Tuấn (2010),** "Khe Hở môi, vòm miệng bẩm sinh", Phẫu thuật hàm mặt, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr. 89-101.
3. **Mai Đình Hưng, Nguyễn Khắc Giảng (1979),** "Những dị tật khe hở vùng hàm mặt",Răng hàm mặt, tập (II), Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.186 – 220.
4. **Lê Văn Sơn (2011),** "Tạo hình KHM một bên bằng kỹ thuật Millard cải tiến", Khe hở môi/ Vòm miệng thực trạng và những bước tiếp theo, tr.19 – 20.
5. **Children's Hospital of Philadelphia (2020),** "Cleft Lip and Palate Repair Surgery",https://www.chop.edu/treatments/surgical-repair-cleft-lip-and-palate.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH BN NGHIÊN CỨU

1. Nguyễn Gia B. - 04 tháng.



Trước PT



Sau PT ngày thứ 5

2. Nguyễn Phúc L. - 03 tháng.



Trước PT



Sau PT ngày thứ 7

3. Kha Thị Khánh L., 06 tháng.



Trước mổ



Sau mổ ngày thứ 5



Sau mổ 18 tháng

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN NÃO ĐỒ, HÌNH ẢNH MRI SỌ NÃO BỆNH ĐỘNG KINH TRẺ EM TẠI KHOA THẦN KINH - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2019

Hồ Đăng Mười *, Lê Thị Thủy Tiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện não đồ và mri sọ não bệnh nhân động kinh trẻ em tại khoa thần kinh - phục hồi chức năng bệnh viện sản nhi Nghệ An năm 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 26 bệnh nhân động kinh trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu.

Kết quả: Tất cả 26 bệnh nhân trong đó 16 nam, 10 nữ. Tuổi trung bình 6,1 ± 4,8. Cơn động kinh đầu tiên thuộc phân loại cơn toàn thể chiếm 84,6%. Số bệnh nhân không có tiền triệu chiếm 80,8%. Tiền sử sản khoa: 11,5% tiền sử sinh non thiếu tháng; 7,7% bị ngạt sau sinh. Đa số bệnh nhân (50%) có tình trạng chậm phát triển tâm thần vận động đi kèm. Tiền sử gia đình: Có 4 bệnh nhân (15,4%) có tiền sử trong gia đình mắc bệnh lý động kinh và 1 bệnh nhân (3,8%) trong gia đình có người thân bị chậm phát triển tinh thần. 5 trong tổng số 26 bệnh nhân (chiếm 19,2%) ghi được hình ảnh sóng kịch phát dạng động kinh trên bảng ghi điện não đồ. 19,2% MRI bệnh nhân cho hình ảnh tổn thương bất thường chủ yếu là teo não**.** Tổn thương MRI và lâm sàng cơn: có 4 trong tổng số 5 trường hợp có tổn thương trên MRI sọ não thuộc phân loại động kinh toàn thể.

Kết luận: Động kinh là bệnh lý thường đi kèm với chậm phát triển tâm thần, cơn toàn thể chiếm tỷ lệ cao. Mặc dù điện não đồ và MRI sọ não cho kết quả phát hiện tổn thương liên quan động kinh còn thấp, nhưng nó góp phần chẩn đoán nguyên nhân và theo dõi quá trình điều trị động kinh.

Từ khóa: động kinh trẻ em

SUMMARY

COMMENTS ON CLINICAL CHARACTERISTICS, EEG, CRANIAL MRI IN PADIATRIC EPILEPSY FROM NGHE AN OBSTETRICS PEDIATRICS HOSPITAL 2019

Objectives: to describe clinical features, EEG (Electroencephalogram) and MRI (Magnetic Resonance Imaging) features of pediatric epilepsy.

Materials and methods: Descriptive method of cross-sectional research. Subjects studied 26 pediatric patients at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Results: 26 patients consist of 16 males and 10 females. The average age was 6.1 ± 4.8 years old. The first clinical seizure was the generalized epileptic seizure accounting for 84,6%. Most of patients did not have pre-seizure warning symptoms accounting for 80,8%. Personal history: 11.5% of subjects studied a history of premature birth; 7.7% postpartum asphyxia. The majority of patients (50%) had comorbid mental retardation. Family history: 4 patients (15.4%) had relatives who get epilepsy and 1 patient

**BV Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Hồ Đăng Mười
Email: dr.dangmuoi@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

(3.8%) had relatives with mental retardation. 5 of 26 (19.2%) epileptic patients's EEG records have epileptic paroxysmal wave images. 19.2% of patients for cerebral MRI image abnormal lesions mainly brain atrophy. Lesion on MRI and seizures: there are 4 out of 5 cases with cerebral MRI lesions classificated the generalized epilepsy.

Conclusions: The majority of epileptic patients had comorbid mental retardation, the generalized epileptic seizure accounts for a high proportion. Although the EEG and cerebral MRI described low seizure-related injury findings, they needed to diagnosis of the cause and to monitor epilepsy treatment.

Key words: pediatric epilepsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh lý thần kinh phổ biến, khoảng 0,5 - 1% dân số bị chứng động kinh **[1]**. Ở trẻ em, tỷ lệ trung bình hàng năm của các trường hợp mới (tỷ lệ mắc) của bệnh động kinh là khoảng 0,05% - 0,07% từ sơ sinh đến 15 tuổi và trong bất kỳ năm nào thì tỷ lệ khoảng 0,5% trẻ em sẽ bị động kinh **[2]**. Thuật ngữ và phân loại bệnh động kinh đã trải qua những thay đổi đáng kể trong những năm gần đây với phân loại sửa đổi của hiệp hội quốc tế chống động kinh (ILAE) năm 2017. Phân loại một cơn động kinh bắt đầu với khai thác bệnh sử hay quan sát những triệu chứng, dấu hiệu thường gặp trong một cơn động kinh. Mỗi triệu chứng có thể có trong nhiều loại cơn do đó không thể lấy một triệu chứng riêng biệt nào để khẳng định cơn của bệnh nhân là thuộc một loại cơn xác định nào đó **[3]**. Nguyên nhân gây động kinh rất đa dạng và không đồng nhất, nhưng động kinh được coi là di truyền cao. **[4]**

Ở nước ta chuyên ngành thần kinh được thành lập từ năm 1956. Cùng với thành tựu của các phương pháp thăm dò hiện đại trong những thập kỷ cuối của thế kỷ XX, như chụp cắt lớp vi tính (1971), chụp cộng hưởng từ (1980) đã góp phần quan trọng trong việc phát hiện các tổn thương từ não qua đó tìm nguyên nhân nhằm điều trị và tiên lượng bệnh. Tiến bộ khoa học đã đưa chuyên ngành thần kinh có những bước tiến mới, đặc biệt về lĩnh vực động kinh. Các kỹ thuật chuyên sâu như đo điện não đồ video, điện não đồ định vị, phẫu thuật động kinh kháng trị. Tại khoa Thần kinh-Phục hồi chức năng bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, hàng năm bệnh nhi vào viện khám và điều trị bệnh lý động kinh với số lượng đáng kể, hiện tại chúng tôi đang quản lý khoảng 500 bệnh nhân nhi bị động kinh vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Nhận xét đặc điểm lâm sàng, điện não đồ, hình ảnh MRI sọ não bệnh động kinh trẻ em tại khoa Thần kinh – Phục hồi chức năng bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2019"* với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh động kinh trẻ em tại khoa Thần kinh – Phục hồi chức năng bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2019*
2. *Nhận xét đặc điểm điện não đồ, hình ảnh MRI sọ não bệnh nhân động kinh trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ dưới 15 tuổi được chẩn đoán động kinh, điều trị tại khoa Thần kinh - Phục hồi chức năng bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhi từ dưới 15 tuổi, được chẩn đoán Động kinh theo tiêu chuẩn WHO và chẩn đoán cơn Động kinh

theo hiệp hội động kinh Thế giới 1981. Bệnh nhân được ghi điện não đồ và chụp cộng hưởng từ sọ não.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán trước đây đang điều trị đã kiểm soát cơn, bệnh nhân chưa kiểm soát cơn nhưng không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện. Thời gian: 01/2019 đến 09/2019 theo phương pháp mô tả lâm sàng.

Phương pháp thu thập số liệu:

Hỏi bệnh: hỏi trực tiếp bệnh nhân hoặc nghe người nhà mô tả lại bệnh sử, quá trình bệnh lý.

Khám lâm sàng: Bác sĩ chứng kiến cơn động kinh (trực tiếp hoặc qua tư liệu ghi hình gia đình cung cấp). Khám toàn trạng, khám thần kinh và các cơ quan khác.

Điện não đồ: Bệnh nhân được ghi điện não tại Phòng ghi điện não bằng máy epas 29 US.

Chụp cộng hưởng từ sọ não: Bệnh nhân được chụp CHT sọ não bằng máy chụp Hitachi 0.25.

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung: Gồm 26 bệnh nhân (16 nam, 10 nữ), tuổi nhỏ nhất là 3 tháng và lớn nhất là 14, tuổi trung bình là 6,1 ± 4,8 tuổi, độ tuổi dưới 5 chiếm đa số (50%).

2. Đặc điểm bệnh sử

Bảng 1. Cơn lâm sàng đầu tiên và tiền triệu

Tính chất		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cơn	Cục bộ	4	15,4
	Toàn thể	22	84,6
Tiền triệu	Có	5	19,2
	Không	21	80,8
Tổng		**26**	**100,0**

Nhận xét: Đa số cơn động kinh đầu tiên thuộc phân loại cơn toàn thể chiếm 84,6% và không có triệu chứng báo trước xuất hiện cơn giật chiếm 21 trên tổng số 26 bệnh nhân (80,8%).

3. Đặc điểm tiền sử

Bảng 2. Tiền sử bản thân, gia đình

	Giai đoạn	Yếu tố nguy cơ	n	%
Bản thân	Trước sinh	Thiếu tháng	3	11,5
	Trong sinh	Sang chấn sản khoa	2	7,7
	Quá trình phát triển	Sốt cao co giật	6	23,1
		Nhiễm khuẩn TK	2	7,7
		Xuất huyết não-màng não	1	3,8
		Dị dạng mạch não	0	0,0

		Chấn thương sọ não	1	3,8
		Chậm phát triển tâm thần	13	50,0
		Bệnh lý khác	0	0,0
	Bình thường		8	30,8
Gia đình		Gia đình có người bị động kinh	4	15,4
		Chậm phát triển tinh thần	1	3,8
		Bình thường	21	80,8

Nhận xét: Bản thân: 11,5% đối tượng nghiên cứu tiền sử sinh non thiếu tháng, 2 bệnh nhân chiếm 7,7% bị ngạt sau sinh. Đa số bệnh nhân (50%) có tình trạng chậm phát triển tâm thần vận động đi kèm. Gia đình: 4 bệnh nhân (15,4%) có tiền sử trong gia đình mắc bệnh lý động kinh và 1 bệnh nhân (3,8%) trong gia đình có người thân bị chậm phát triển tinh thần.

4. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Hình ảnh điện não đồ

Hình ảnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dạng động kinh	5	19,2
Không điển hình	21	80,8
Tổng	**26**	**100,0**

Nhận xét: 5 trong tổng số 26 bệnh nhân (chiếm 19,2%) ghi được hình ảnh sóng kịch phát dạng động kinh trên bảng ghi điện não đồ.

Bảng 4. Nhận xét tổn thương trên MRI sọ não và lâm sàng cơn

Hình ảnh MRI / Động kinh	Có tổn thương		Không tổn thương		Tổng	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cục bộ	1	20,0	4	19,0	5	19,2
Toàn thể	4	80,0	17	81,0	21	80,8
Tổng	**5**	**100,0**	**21**	**100,0**	**26**	**100,0**

Nhận xét: có 4 trong tổng số 5 trường hợp có tổn thương trên MRI sọ não thuộc phân loại động kinh toàn thể.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu này tỷ lệ phân bố các đối tượng không đồng đều ở các tầng nhóm tuổi. Nhóm tuổi dưới 5 chiếm số đông và trên 10 tuổi chỉ chiếm gần 19,2%, tuổi trung bình: 6,1 ± 4,8 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Theo một vài nghiên cứu của các tác giả trong nước thì độ tuổi khởi phát động kinh chủ yếu tập trung vào nhóm dưới 10 tuổi, đặc biệt là nhóm 6 đến 10 tuổi và giới tính chiếm phần đông vẫn là nam giới [5]: tuổi khởi phát cơn càng nhỏ (đặc biệt dưới 1 tuổi) liên quan đến tỷ lệ tăng lên của tình trạng kháng thuốc trong qua trình điều trị bệnh động kinh. [6]

4.2. Đặc điểm bệnh sử và lâm sàng cơn động kinh: Đa phần trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cơn co giật khởi phát kiểu toàn

thể chiếm hơn 80%, cơn cục bộ chỉ chiếm gần 20% [7]. Khi nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ kháng thuốc trong điều trị động kinh trẻ em tại bệnh viện Nhi TW, nhóm tác giả [1] đã phân tích được rằng: Tỷ lệ cơn cục bộ chiếm chủ yếu (60,9%) trong nhóm động kinh kháng thuốc và cơn toàn thể thì chiếm phần lớn trong nhóm kiểm soát cơn tốt (74,7%). Về tiền triệu cơn giật: Trong nghiên cứu này chỉ có 5 trong tổng số 26 bệnh nhi (chiếm 19,2%) có dấu hiệu báo trước cơn giật và những dấu hiệu này đa phần được người chăm sóc phát hiện, ngoại trừ một vài trẻ lớn.

4.3. Đặc điểm tiền sử: Về tiền sử sản khoa: 11,5% tiền sử sinh non thiếu tháng; 7,7% bị ngạt sau sinh. Về quá trình phát triển: kết quả nghiên cứu này cho thấy 23,1% bệnh nhân động kinh có tiền sử co giật do sốt; 7,7% bệnh nhân có tiền sử nhiễm khuẩn TK; 3,8% có tiền sử xuất huyết nội sọ; 3,8% tiền sử chấn thương sọ não, đa số bệnh nhân (50%) có tình trạng chậm phát triển tâm thần vận động đi kèm. Về tiền sử gia đình: Trong nghiên cứu này có 15,4% có tiền sử trong gia đình mắc bệnh lý động kinh và 3,8% bệnh nhân trong gia đình có người thân bị chậm phát triển tâm thần. Những nghiên cứu gần đây đã cho thấy rằng có nhiều gen khác nhau có thể gây động kinh và đây là yếu tố nguy cơ thuộc về gen đặc trưng cho từng chủng tộc, đặc điểm di truyền còn mơ hồ nên y học hiện tại chưa thể can thiệp hay tư vấn di truyền nhằm giảm tỷ lệ động kinh xuống được [8].

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng: Về kết quả điện não đồ: nghiên cứu cho kết quả có 19,2% bệnh nhân có hình ảnh các sóng kích thích dạng động kinh trên bản ghi điện não. Chúng tôi thực hiện đo ĐNĐ ngoài cơn, khi các bé ngủ yên. Theo Nguyễn Anh Tuấn: Biên độ điện não đồ không mang tính chất đặc hiệu cho từng bệnh lý riêng biệt. Việc chẩn đoán bản chất bệnh phải kết hợp chặt chẽ giữa điện não đồ với các biểu hiện lâm sàng, giữa điện não đồ với các xét nghiệm cần thiết khác để xác định. Tuy rằng có điểm hạn chế nhưng điện não đồ là xét nghiệm dễ thực hiện, kinh phí thấp, lại vô hại đối với cơ thể bệnh nhân vì vậy có thể tiến hành phổ cập rộng rãi ở các cơ sở chữa bệnh. Chính vì ưu điểm này mà điện não khi cần có thể tiến hành nhiều lần trên một người bệnh, giúp việc theo dõi diễn tiến của bệnh đặc biệt về phương diện chức năng hoạt động điện của tế bào não, điều mà các xét nghiệm khác không phản ánh được [5]**.** Về tổn thương trên MRI sọ não: kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 19,2% tổn thương não trên hình ảnh MRI, trong đó tất cả đều tồn tại hình ảnh teo não. Ngoài ra một vài tổn thương dị tật hay nang đi kèm khác cũng được phát hiện. Kết quả MRI chia thành 2 nhóm: bất thường không liên quan động kinh và bất thường sinh động kinh, trong đó bất thường không liên quan đến động kinh không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm kháng trị và kiểm soát cơn, tuy nhiên kết quả MRI bất thường liên quan động kinh thì ghi nhận chủ yếu trong nhóm động kinh kháng trị. Nhận xét giữa lâm sàng cơn động kinh và tổn thương ở MRI sọ não: Kết quả đa phần những bệnh nhân có tổn thương trên MRI sọ não thuộc phân loại động kinh toàn thể. Tác giả [9] kết luận rằng: MRI phát hiện được 47% tổn thương não liên quan đến

động kinh, trong đó 81% thuộc nhóm động kinh cục bộ; loại tổn thương phổ biến nhất là nhiễm trùng (28%). Khoảng 37% tổn thương đã bị bỏ sót bởi phương thức chụp MRI thông thường. Có thể giải thích do cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn nên việc thiết lập mối tương quan giữa động kinh cục bộ và tổn thương tương ứng trên MRI chưa cho kết quả như trông đợi.

V. KẾT LUẬN

Động kinh là bệnh lý thường đi kèm với chậm phát triển tâm thần, cơn toàn thể chiếm tỷ lệ cao. Mặc dù điện não đồ và MRI sọ não cho kết quả phát hiện tổn thương liên quan động kinh còn thấp, nhưng nó góp phần chẩn đoán nguyên nhân và theo dõi quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **(2020). Epilepsy.** <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>, accessed: 25/06/2020.
2. **Beghi E. (2020).** The Epidemiology of Epilepsy. NED, **54**(**2**), 185–191.
3. **Engel J. (2006).** ILAE classification of epilepsy syndromes. Epilepsy Research, **70**, 5–10.
4. **Striano P. và Minassian B.A. (2020).** From Genetic Testing to Precision Medicine in Epilepsy. Neurotherapeutics, **17**(**2**), 609–615.
5. **Tuan N.A., Tomson T., Allebeck P. và cộng sự. (2009).** The treatment gap of epilepsy in a rural district of Vietnam: A study from the EPIBAVI project. Epilepsia, **50**(**10**), 2320–2323.
6. **Đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh động kinh ở trẻ sơ sinh,** nhũ nhi – Bệnh Viện Nhi Trung Ương. <http://benhviennhitrunguong.org.vn/dac-diem-lam-sang-va-dieu-tri-benh-dong-kinh-o-tre-so-sinh-nhu-nhi.html>, accessed: 30/07/2020.
7. **Rocque B.G., Davis M.C., McClugage S.G. và cộng sự. (2018).** Surgical treatment of epilepsy in Vietnam: program development and international collaboration. Neurosurg Focus, **45**(**4**), E3.
8. **Fang Z.-X., Hong S.-Q., Li T.-S. và cộng sự. (2019).** Genetic and phenotypic characteristics of SCN1A-related epilepsy in Chinese children. Neuroreport, **30**(**9**), 671–680.
9. **Ponnatapura J., Vemanna S., Ballal S. và cộng sự. (2018)**. Utility of Magnetic Resonance Imaging Brain Epilepsy Protocol in New-Onset Seizures: How is it Different in Developing Countries?. Journal of Clinical Imaging Science, **8**, 43.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Văn Cương[1], Bùi Anh Sơn[1], Nguyễn Thị Thanh Tâm[1], Hoàng Thị An Hà[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính gặp chủ yếu ở trẻ từ 12 tháng – 5 tuổi, tỷ lệ nam nữ tương đương, nông thôn nhiều hơn thành phố. Các triệu chứng cơ năng của nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính: ho là triệu chứng gặp ở tất cả các bệnh nhân(100%), 69,8% trẻ có triệu chứng sốt khi vào viện. Thở nhanh (93,4%), khò khè, ran phổi (99,1%) là ba triệu chứng gặp ở hầu hết các trường hợp viêm đường hô hấp cấp tính. Rút lõm lồng ngực và tím ít khi gặp hơn (7,5% và 2,8%). Số lượng bạch cầu, CRP tăng cao, các chỉ số sinh hóa creatinine, Hb không thay đổi nhiều. XQuang tổn thương rải rác (88,7%) và đậm rốn phổi hai bên (74,5%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1622 lượt xét nghiệm nuôi cấy phân lập vi khuẩn (600 lần 1, 525 lần 2 và 497 lần 3) đã xác định được 106 bệnh nhân có tác nhân gây bệnh là vi khuẩn với tỷ lệ phân lập được vi khuẩn trong dịch tỵ hầu là 17,7%, chủ yếu gây ra bởi S.pneumonia (56,6%) và H.influenza (40,6%). **Kết luận:** Ho, sốt, thở nhanh, khò khè, rale phổi là triệu chứng hay gặp với các tỷ lệ 100%, 69,8%, 93,4%, 99,1% và 99,1%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính do vi khuẩn nuôi cấy được trên tổng số 1622 lượt xét nghiệm là 17,7%, chủ yếu gây ra bởi S.pneumonia (56,6%) và H.influenzae (40,6%).

Từ khóa: nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, kháng kháng sinh

SUMMARY

COMMENT ON SOME CLINICAL, SUBCLINICAL AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA CAUSING ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Purpose: The study was to comment on some clinical, subclinical and antibiotic resistance of bacteria causing acute respiratory infections in Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Functional symptoms of ARIs: cough was a common symptom in all patients (100%), 69.8% of children had fever symptoms when admitted to the hospital. Rapid breathing (93.4%), wheezing, and rales (99.1%) were the three symptoms encountered in acute respiratory infection. Thoracic and purple receding were less common (7.5% and 2.8%). The number of white blood cells, CRP increased, the biochemical

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
[2]*Đại học Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Anh Sơn
Email: drsonres@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

indices of creatinine and Hb did not change much. X-ray had scattered lesions (88.7%) and thick lung on both sides (74,5%). In our study, after 1622 times of cultured bacteria (600 turns at 1st time, 525 turns at 2nd time and 497 turns at 3rd time), 106 patients have been identified with pathogenic bacteria with an isolation rate of 17.7%, mainly caused by S.pneumonia (56.6%) and H.influenza (40.6%). **Conclusion:** Cough, fever, tachypnea, wheezing, pulmonary rale are common symptoms with rates of 100%, 69.8%, 93.4%, 99.1% and 99.1%. The rate of acute respiratory infections caused by bacteria in total of 1622 tests was 17.7%, mainly caused by S.pneumonia (56.6%) and H.influenzae (40.6%).

Keywords: acute respiratory infections, clinical symptom, subclinical symptom, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một bệnh thường gặp, phổ biến nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi. Theo Tổ chức y tế thế giới ước tính hàng năm có từ 3 - 5 triệu trẻ em tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính chủ yếu là viêm phổi, đây cũng là 1 trong 10 bệnh có tỷ lệ tử vong cao nhất ở nước ta hiện nay.

Kháng sinh là thuốc đầu tay chống lại vi khuẩn gây bệnh. Tuy nhiên, nếu sử dụng kháng sinh không hợp lý sẽ làm tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, đồng thời cũng làm tăng tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn. Theo thống kê của Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA), ước tính hàng năm có khoảng 25.000 trường hợp tử vong do nhiễm khuẩn vi khuẩn đa kháng thuốc và gánh nặng kinh tế của đề kháng kháng sinh lên đến 1,5 tỷ Euro mỗi năm [5].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An số bệnh nhân khám và điều trị ngày một gia tăng, đặc biệt là tỷ lệ bệnh nhân mắc NKHHCT nhập viện rất cao, kèm theo đó là tỉ lệ kháng kháng sinh ngày càng có xu hướng gia tăng. Chính vì vậy, hiểu rõ được căn nguyên gây nhiễm khuẩn, mức độ nhạy cảm với kháng sinh ra sao là yêu cầu cần thiết.

Đánh giá về vi khuẩn gây bệnh NKHHCT ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, cũng như thực trạng kháng kháng sinh của chúng từ đó lựa chọn kháng sinh đúng, điều trị kịp thời làm giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ kháng kháng sinh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em.

2. Nhận xét một số đặc điểm tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán là NKHHCT với các mức độ khác nhau vào điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2017 và 2018 được người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ bị NKHH thứ phát sau: dị vật đường thở, đuối nước, sặc dầu…, từ chối tham gia nghiên cứu.

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

2.3 Chọn mẫu và cỡ mẫu: Lựa chọn mẫu theo kiểu mẫu ngẫu nhiên phân tầng.

2.4 Kỹ thuật thu thập thông tin: Các bệnh nhân nghiên cứu đều có chung một mẫu bệnh án nghiên cứu, được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các cận lâm sàng.

2.5 Phương pháp xử lí số liệu: Công cụ xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Triệu chứng cơ năng lúc vào viện

Các triệu chứng cơ năng của NKHHCT là ho, sốt, bú kém…, trong đó ho là triệu chứng gặp ở tất cả các bệnh nhân (100%), 69,8% trẻ có triệu chứng sốt khi vào viện.Tiêu chảy và tím tái ít gặp nhất.

Như vậy, ho, sốt là triệu chứng nổi bật, dễ nhận diện và đây là lý do chủ yếu khiến trẻ phải đến viện.

3.2 Triệu chứng thực thể

Qua kết quả chúng tôi thấy thở nhanh (93,4%), khò khè, ran phổi (99,1%) là ba triệu chứng gặp ở hầu hết các trường hợp viêm đường hô hấp cấp tính. Rút lõm lồng ngực và tím ít khi gặp hơn (7,5% và 2,8%).

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng của NKHHCT do vi khuẩn

4,7% trẻ NKHHCT có kèm theo thiếu máu, 70,7% trẻ có tăng số lượng bạch cầu, CRP tăng trong 65,1% trường hợp, cá biệt có trường hợp tăng tới 229,9 đơn vị.Chỉ số creatinine không thay đổi nhiều.Đậm rốn phổi 2 bên và tổn thương rải rác là hình ảnh thường gặp trong NKHHCT do vi khuẩn. X-quang tim phổi giúp ích rất nhiều cho những trường hợp triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, định khu tổn thương, đánh giá mức độ nặng của bệnh và theo dõi điều trị. Phế quản, phổi là vị trí tổn thương thường gặp. Có 69,6% trẻ viêm đường hô hấp dưới, đường hô hấp trên là 30,4% theo nghiên cứu của Thành Minh Hùng [4]. Nghiên cứu này của chúng tôi không gặp các nhiễm trùng đường hô hấp trên.Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được lấy tại khoa hô hấp, nơi điều trị các bệnh lý chủ yếu liên quan đến đường hô hấp dưới.

3.4 Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây NKHHCT và các yếu tố liên quan đến KKS

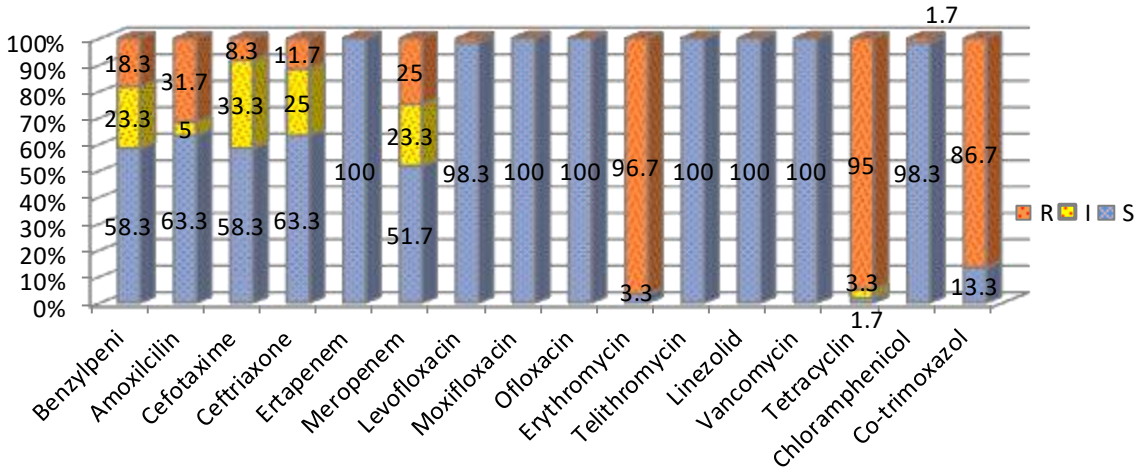
Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1622 lượt xét nghiệm nuôi cấy phân lập vi khuẩn (600 lần 1, 525 lần 2 và 497 lần 3) đã xác định được 106 bệnh nhân NKHHCT có tác nhân gây bệnh là vi khuẩn với tỷ lệ phân lập được VK trong dịch tỵ hầu là 17,7%.

S.pneumonia và H.influenza là 2 tác nhân gây NKHHCT thường gặp nhất trong cộng đồng, với tỷ lệ tương ứng là 56.6% và 40.6%, không có khác nhau về mức độ viêm phổi do 2 tác nhân này gây ra. Ngoài ra, trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện thêm 2 tác nhân khác gây NKHHCT là Pseudomonas aeruginosa (2 chủng) và Klebsiella pneumonia (1 chủng). Do số lượng phân lập ít, không có tính đại diện nên các phân tích sâu chúng tôi không đưa các chủng này vào.

So với nghiên cứu của Hồ Sỹ Công ở bệnh viên Bạch Mai [1] và Lê Tiến Dũng tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh [2] có sự chênh lệch. Điều này có thể được lý giải do các nghiên cứu trên thực hiện tại tuyến trung ương, tập trung nhiều bệnh nhi nặng, điển hình nên tỷ lệ phân lập được cao hơn. Ma Jinghua và cộng sự khi nghiên cứu tác nhân vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng cũng phân lập được tỷ lệ tương tự, 34,91%[4]. Trong nghiên cứu của Xiaoguang He trên 3260 trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đông Quản (Trung quốc), tỷ lệ phân lập được vi khuẩn là 14,5% [7]. Như vậy,qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, căn nguyên vi khuẩn gây NKHHCT gần như phù hợp với các nghiên cứu trong nước khác, tuy nhiên cơ cấu của từng loại VK có sự khác nhau. Sự khác nhau này có thể giải thích do địa dư và các yếu tố dịch tễ dịch tễ

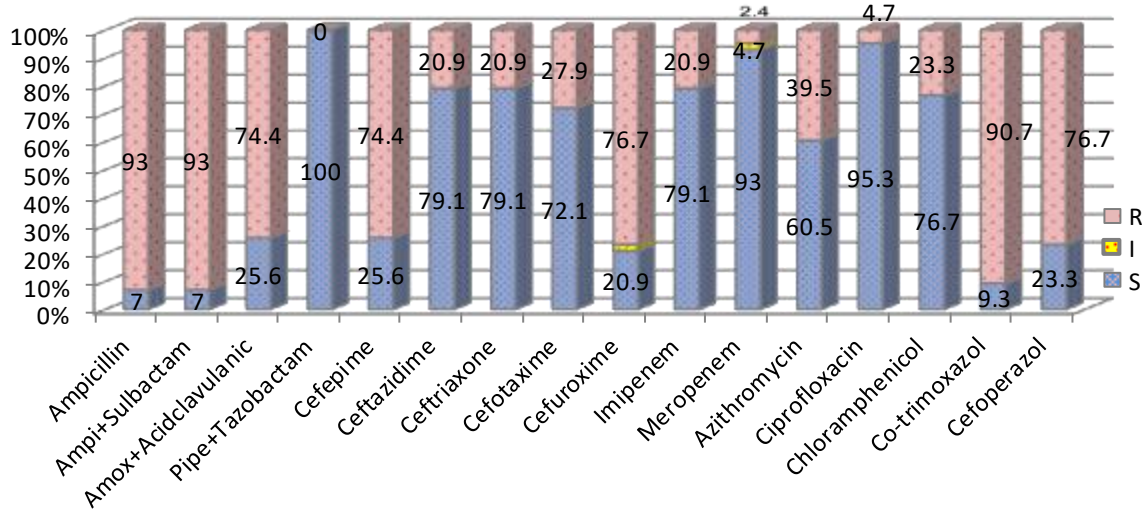
khác như tiêm chủng, độc lực của vi khuẩn và sức đề kháng của bệnh nhân. Mặt khác việc phân lập vi khuẩn bị ảnh hưởng rất lớn vào tình hình sử dụng KS trước đó. Điều này cũng giải thích tại sao khi phân lập vi khuẩn ở cộng đồng luôn cao hơn và khác biệt so với Bệnh viện. Các tác nhân NKBV đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao lại thường là các trực khuẩn Gram (-) như Klebsiella pneumonia, E.coli.

Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các vi khuẩn



Biểu đồ Mức độ nhạy cảm của Streptococcus pneumonia

S.pneumonia có tỷ lệ đề kháng cao với kháng sinh Erythromycin, Tetracyclin (95 – 96.7%) nhưng nhạy cảm tốt với Quinolon, Ertapenem và Vancomycin (100%). Đáng chú ý, đã có 25% kháng lại kháng sinh Meropenem.



Biểu đồ Mức độ nhạy cảm của H.influenza

H.influenzae đã đề kháng với Ampicillin và Ampicillin kết hợp Sulbactam với tỷ lệ 93%, Co-trimoxazol (90,7%), Amoxicillin/acidclavulanic(74.4%).Vi khuẩn này cũng kháng tốt với một số Cephalosporin thế hệ 2,3 như Cefuroxime (76,7%), Cefoperazol (76,7%) và Cefepime (74,4%), nhạy cảm với Ciprofloxacin, nhóm Carbapenem, Chloramphenicol và KS phối hợp Piperacillin/Tazobactam (79,1 – 100%). Ngoài ra, trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện thêm 2 tác nhân khác gây NKHHCT là Pseudomonas aeruginosa (2 chủng) và Klebsiella pneumonia (1 chủng).

Do số lượng phân lập ít, không có tính đại diện nên các phân tích sâu chúng tôi không đưa các chủng này vào.

Các vi khuẩn phế cầu (S.pneumonia) kháng lại 3-5 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ chủ yếu (70%), 13.3% kháng 6-10 loại kháng sinh thử nghiệm và chỉ có 1 chủng kháng lại với 1 kháng sinh (1,7%). Ngược lại, các chủng H.influenzae kháng 6-10 loại kháng sinh phổ biến hơn so với các nhóm khác. Tất cả các chủng H.influenzae này đều là vi khuẩn đa kháng kháng sinh. Các vi khuẩn gây NKHHCT nói chung đã kháng với Ampicillin, Amoxicillin, Trimethoprim /Sulfamethoxazol, Erythromycin, thậm chí với cả carbapenem (Imipenem, meropenem) với mức độ khá cao. Trừ 10 chủng S.pneumonia chỉ kháng lại với 1-2 kháng sinh, còn lại đều là các vi khuẩn đa kháng, kháng từ 3 loại kháng sinh thuộc 3 nhóm khác nhau được thử nghiệm

. Đáng chú ý, các H.influenza có khả năng kháng 6-10 loại kháng sinh khác nhau chiếm tỷ lệ cao (chiếm 53,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa S.pneumonia và H.influenzae về khả năng đề kháng đối với các kháng sinh βlactam, cefotaxime, ceftriaxone, chloramphenicol và meropenem.

Nghiên cứu của Lê Tiến Dũng cũng ghi nhận có khoảng 53% là vi khuẩn đa kháng, trong đó, với các vi khuẩn Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus đa số là vi khuẩn đa kháng, ngược lại các vi khuẩn Gram âm như P. aeruginosa, Acinetobacter baumannii và Enterobacteriaceae thì đa số lại là vi khuẩn không đa kháng [2] lý do có thể bởi các vi khuẩn Gram âm này là những chủng phân lập từ cộng đồng.

Liên quan giữa số lượng kháng sinh bị đề kháng và một số yếu tố: Trong 3 yếu tố: sử dụng kháng sinh tại nhà, tuổi và địa dư, thấy có sử dụng kháng sinh tại nhà là yếu tố liên quan đến sự xuất hiện khả năng kháng lại nhiều loại kháng sinh của vi khuẩn. Yếu tố này làm tăng nguy cơ xuất hiện vi khuẩn kháng nhiều loại lên 2,73 lần (95%CI 1,21 – 6,16) so với việc không dùng ($p = 0,014$; $p<0,05$). Các yếu tố còn lại (tuổi, địa dư, mức độ bệnh) không liên quan.

Sử dụng kháng sinh tại nhà cũng là yếu tố kích thích sự đề kháng các kháng sinh Benzylenicillin (OR = 8,25;95%CI: 1,09-77,5; $p<0,05$), Cefoperazol (OR=9,842; 95%CI: 2,0-48,2; $p < 0,05$), Meropenem (OR=6,217; 95%CI: 1,26-30,77, $p < 0,05$) ở S.pneumonia, Azithromycin (OR=5,2; 95%CI: 1,32-20,48, $p<0,05$) ở H.influenzae. Có thể nói, đây là một vấn nạn đang diễn ra hằng ngày tại nơi dễ dàng mua thuốc kháng sinh như tại Việt Nam. Yếu tố sử dụng kháng sinh tại nhà có mối liên quan với sự đề kháng của các kháng sinh

Benzylpenicilin, Amoxicillin và Meropenem trên các chủng S.pneumonia. Không có sự liên quan giữa việc dùng kháng sinh tại nhà và sự đề kháng của những kháng sinh còn lại. H.influenzae đề kháng được với nhiều loại kháng sinh, tuy nhiên không tìm thấy mối liên quan giữa khả năng đề kháng này với tình trạng sử dụng kháng sinh ngoại viện ngoại trừ Azithromycin (OR = 5,2 (95%CI: 1,32-20,48, p = 0,015). Phần lớn kháng sinh được bán mà không có đơn hoặc bán kháng sinh theo yêu cầu của người dân. Một nghiên cứu thí điểm tại Bệnh viện nhiệt đới trung ương (2008 - 2009) đánh giá mức độ sử dụng kháng sinh thông qua liều xác định hàng ngày trên 100 giường-ngày (DDD/100 giường-ngày). Số liệu của khoa Dược cho thấy, lượng kháng sinh sử dụng trong năm này này cao gấp đôi năm 2008 [6]. Như vậy, không chỉ trong cộng đồng, tỷ lệ tự ý sử dụng kháng sinh theo nhu cầu cao mà ngay cả trong bệnh viện, mức tiêu thụ kháng sinh cũng rất lớn là yếu tố kích thích sự đề kháng. Đặc biệt, các bệnh viện tuyến dưới, các xét nghiệm phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ hầu như chưa có, do đó, lựa chọn an toàn cho bác sỹ là kháng sinh hoạt phổ rộng để điều trị. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã nhận thấy có mối liên quan giữa sự đề kháng kháng sinh với tiền sử có tự ý sử dụng kháng sinh tại nhà.Yếu tố này làm gia tăng tần số xuất hiện vi khuẩn đa kháng, kháng nhiều loại kháng sinh. "Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009" cho thấy, có mối liên hệ giữa việc sử dụng kháng sinh này kích thích sự xuất hiện đề kháng của vi khuẩn đối với kháng sinh khác [8]. Như vậy, có thể nói việc lạm dụng kháng sinh không chỉ kích thích sự đề kháng đối với chính kháng sinh đó mà còn ảnh hưởng tới tính nhạy cảm của vi khuẩn đối với các kháng sinh khác.

IV. KẾT LUẬN

− Sau 1622 lượt xét nghiệm nuôi cấy phân lập vi khuẩn (600 lần 1, 525 lần 2 và 497 lần 3) đã xác định được 106 bệnh nhân NKHHCT có tác nhân gây bệnh là vi khuẩn với tỷ lệ phân lập được VK trong dịch tỵ hầu là 17,7%, chủ yếu gây ra bởi S.pneumonia (56,6%) và H.influenza (40,6%).

− NKHHCT gặp chủ yếu ở trẻ từ 12 tháng – 5 tuổi, tỷ lệ nam nữ tương đương, nông thôn nhiều hơn thành phố.

− S.pneumonia kháng Erythromycin (96,7%), Tetracyclin (95%), Trimetthoprim/ sulphamethixazol (86,7%). Nhạy 100% với các kháng sinh nhóm Quinolon, Ertapenem, Linezolid, Telithromycin và Vancomycin.

− H.influenza kháng Amoxicillin, Benzylpenicillin (93%), cephalosporin các thế hệ (20,9 – 76,2%), Trimethoprim/sulphamethoxazol (90,5%). Nhạy với piperacillin/tazobactam (100%), ciprofloxacin (97,6%) và meropenem (95,2%)

− Sử dụng kháng sinh tại nhà (56,6%) là yếu tố liên quan đến sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn.

− Giải pháp hạn chế vi khuẩn kháng kháng sinh

+ Tuyên truyền, hội thảo nâng cao nhận thức và thay đổi hành động

+ Xây dựng chương trình quản lý kháng sinh tại Bệnh viện.

+ Hiện thực hóa tháng phòng, chống kháng thuốc trên quy mô toàn Bệnh viện, Thành phố, Tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Sỹ Công (2011),** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học.
2. **Lê Tiến Dũng (2017),** Viêm phổi cộng đồng: đặc điểm vi khuẩn và đề kháng kháng sinh invitro tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Thời sự y học 10/2017, pp:64-68.
3. **GARP – Việt Nam (2010),** "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại Việt Nam", (Situation Analysis on Antibiotic Use and Resistance in Vietnam, 2010).
4. **Thành Minh Hùng và cs (2017),** Đặc điểm nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Hồi năm 2016.
5. **Agency European Medicines (2017),** "Antimicrobial resistance", Retrieved, 20/8/2017.
6. **Ma Jinghua, Liu Gaizhuang, Chai Qiaoli (2017**), Pathogens and antibiotic resistance of children with community- acquired pneumonia, Biomedical Research; 28 (20): 8839-8843.
7. **Xiaoguang He et al, (2017).** Antimicrobial resistance in bacterial pathogens among hospitalized children with community acquired lower respiratory tract infections in Dongguan, China,. BMC Infectious Diseases 17:614.
8. **Báo cáo của Bộ Y tế-Việt Nam phối hợp** với Dự án Hợp tác toàn cầu về kháng kháng sinh GARP Việt Nam và Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng ĐH Oxford (2009), Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GÂY MÊ BẰNG PROPOFOL TRONG NỘI SOI ĐƯỜNG HÔ HẤP TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN TỪ THÁNG 2/2020 -10/2020

Trần Minh Long*, Bùi Hữu Hùng*, Đặng Thùy Linh*, Cao Thị Mai*

TÓM TẮT

Mục Tiêu : Đánh giá hiệu quả vô cảm và khả năng kiểm soát đường thở trong quá trình nội soi hô hấp ở trẻ em khi gây mê bằng thuốc mê Propofol.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 15 bệnh nhân được chỉ định nội soi hô hấp dưới gây mê 2/2020 - 10/2020 tại khoa gây mê hồi sức Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An.

Kết quả: Tuổi trung bình 33.6 ± 5.5 tháng. Cân nặng trung bình 15.2 ± 6.2 kg. Số BN tự thở chiếm tỷ lệ 48%. Điểm an thần Ramsay từ 5 - 8 điểm trên 85%. Propofol với liều trung bình 89 mg. Phương thức thông khí chủ là tự thở có hỗ trợ đồng thì đạt 60%, nhóm trẻ tự thở hoàn toàn trong khi soi có 14%và 26 % phải thở hỗ trợ áp lực hoàn toàn. Sau khi soi đa số đạt mức SpO_2 96% trở lên. Số BN suy hô hấp sau soi được cải thiện từ 33% xuống còn 13%. Nâng số BN không suy hô hấp từ 54% lên 74%. Lượng thuốc tê phun tê Lidocain 7.4 mg/kg. Sau soi tỷ lệ quấy khóc 40%, đau họng 20%, tỷ lệ nhỏ nôn 6%.

Kết Luận: Propofol liều 89 ± 5.8mg cho phép đạt mức an thần Ramsay 5-8 điểm (85%) là mức đảm bảo can thiệp nội soi ống mềm ở trẻ nhỏ, đồng thời đảm bảo gây mê an toàn trên các bệnh nhân nặng nguy cơ suy hô hấp.

Từ khóa: Gây mê, Propofol, nội soi hô hấp trẻ em, an thần.

SUMMARY

TO EVALUATE THE ANESTHESIA EFFECTIVENESS BY PROPOFOL FOR RESPIRATORY ENDOSCOPY IN CHILDREN AT NOPH 02/2020-10/2020

Objective: To evaluate the anesthesia effectiveness and the ability to control breathe during respiratory endoscopy in children under Propofol anesthesia.

Objects and methods: The prospective descriptive study on 15 patients who were assigned anesthesia respiratoric endoscopy from February 2020 to October 2020 in the age group from 1 month to 15 years old. It was conducted in the department Anesthesia at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Average age range 33.6 ± 5.5 months. Weight mean: 15.2 ± 6.2 kg. Ramsay sedation point from 5 to 8 is over 85%. The average Propofol dose of 89 mg. The primary ventilation method, support at the same time self-breathing reached 60%, the group of children breathing completely during the procedure is 14% and 26% had to breathe fully supportive pressure. Most of the time, after respiratoric endoscopy, the SpO2 reaches more 96%, The number of patients after respiratoric endoscopy failure improved from 33% to 13%. It increased the number of patients without

*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long
Email: longdr115@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

respiratory failure from 54% to 74%. The amount of Lidocaine sprayed anesthetic is 7.4 mg / kg. After respiratoric endoscopy, rate of crying is 40%, sore throat 20%, and vomiting rate 6%.

Conclusions: The dose propofol is 89 ± 5.8 mg allowed to achieve sedative Ramsay at 5-8 points (85%), which is the sadation needs to ensure respiratory endoscopy in children, ensured the safe anesthesia in severe patients high risk of respiratory failure.

***Key words**:* Pediatric respiratory endoscopy, Propofol anesthesia, sedation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lựa chọn thuốc gây mê đường hít rất dễ dung nạp trên trẻ em, ít kích ứng đường hô hấp, tuy nhiên khi sử dụng đường hít này qua hệ thống nội soi hô hấp một lượng thuốc bị thất thoát ra ngoài có vẻ sẽ ảnh hưởng đến mức vô cảm, và ô nhiễm phòng mổ. Mặc dù gây mê propofol là cung cấp khá đầy đủ các yếu tố cấu thành gây mê tốt, tương đối an toàn cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, một thuốc gây mê có đặc tính mê nhanh tỉnh nhanh, tiết kiệm về kinh tế những ứng dụng thuốc mê này trên nhóm trẻ nhỏ và rất nhỏ lại gặp khó khăn vì thuốc đủ liều ngủ sẽ khó chủ động tự thở [1].

Việc ứng dụng gây mê Propofol trong nội soi hô hấp với các phương tiện hỗ trợ nội soi hô hấp mới hiện nay có đáp ứng được nhu cầu duy trì an thần cần thiết và đảm bảo thông khí chủ động trong suốt quá trình nội soi hô hấp trên trẻ em, vừa tiết kiệm chi phí hay không, là một câu hỏi được đặt ra. Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả vô cảm và khả năng kiểm soát đường thở trong quá trình nội soi hô hấp ở trẻ em khi gây mê bằng thuốc mê Propofol.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chỉ định nội soi hô hấp dưới gây mê trong khoảng thời gian 2/2020 - 10/2020
- Trong độ tuổi trên 1 tháng đến 15 tuổi
- Được tiến hành tại khoa gây mê hồi sức bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không khảo sát hết bệnh án nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu trên 15 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 2/2020 đến hết tháng 10/2020 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 15 bệnh nhân. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm hình thái

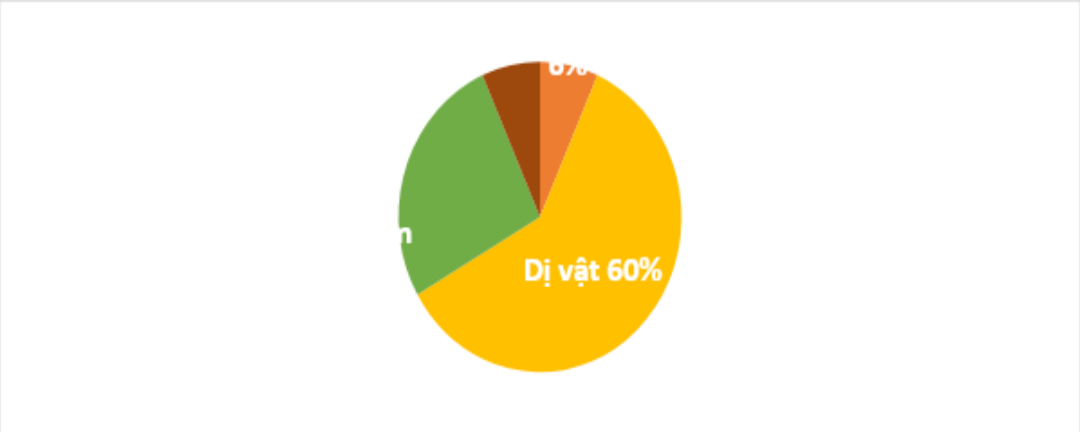
3.1.1. Đặc điểm phân nhóm tuổi, giới, thể trạng và chỉ định nội soi

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 33.6 ± 5.5 tháng.Cân nặng trung bình 15.2 ± 6,2 kg.

3.1.2 Giới, phân loại thể trạng, phương pháp nội soi

Tỷ lệ trẻ nam chiếm 80, nữ 20%. ASA II chiếm 54%, ASA III 46%

3.1.2. Phân loại bệnh lý và thời gian gây mê, hồi tỉnh, can thiệp theo nhóm bệnh lý



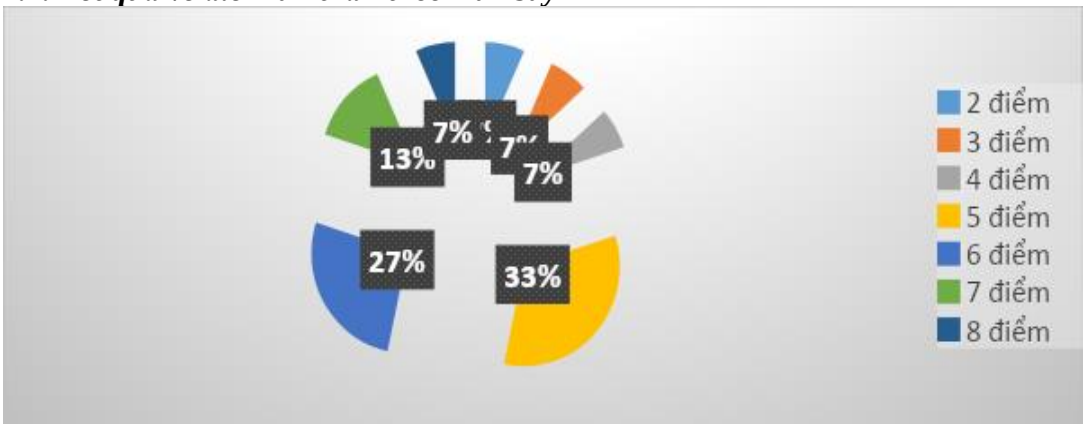
Biểu đồ 3.1. Các bệnh lý được chẩn đoán sau nội soi

Bảng 3.1. Bảng thời gian gây mê và can thiệp nội soi theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh lý	Thời gian can thiệp soi (ph) $\underline{X} \pm SD$	Thời gian tự thở lại (ph) $\underline{X} \pm SD$	Thời gian tỉnh thoát mê (ph) $\underline{X} \pm SD$
Dị vật đường thở	30,3 ± 2,3	3 ±1,5	40,2 ±5,9
Viêm nhiễm	15,1 ±4,6	6 ± 5.3	20,4 ± 2,1
Các tật thanh quản	8	0	10
Các dị tật khác	10	3	12

3.2. Kết quả về mức độ vô cảm đạt được trong nghiên cứu

3.2.1. Kết quả về điểm an thần theo Ramsay



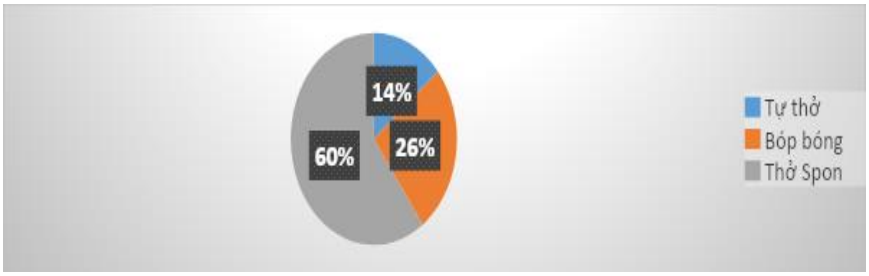
Biểu đồ 3.2. Các mức an thần đạt được và bắt đầu nội soi

3.2.2. Kết quả về tổng lượng thuốc gây mê sử dụng

Tất cả BN đều dùng Propofol với liều trung bình 89 mg

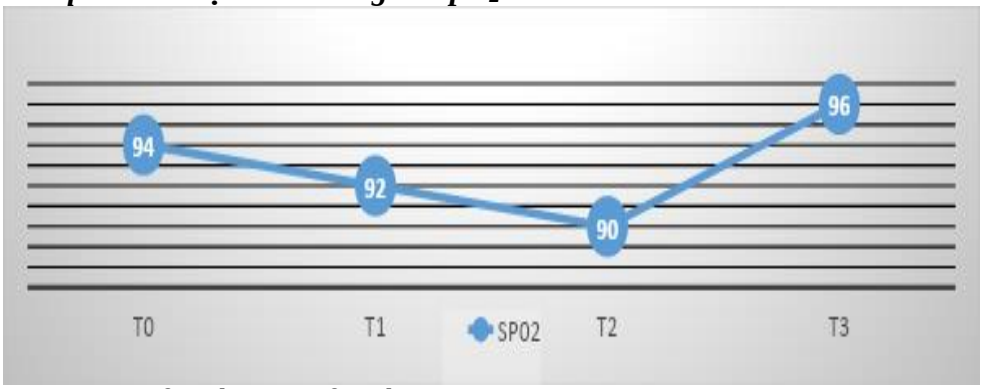
3.3. Kết quả về khả năng kiểm soát hô hấp

3.3.1. Kết quả về phương thức thông khí trong quá trình nội soi



Biểu đồ 3.3. Biểu đồ phương thức thông khí đạt được trong khi nội soi

3.3.2. Kết quả biểu hiện trên thông số SpO_2



Biểu đồ 3.4. Biểu đồ SpO_2 theo thời gian gây mê nội soi

3.3.3. Đáp ứng tự thở trước và sau nội soi

Bảng 3.2. Chỉ số cải thiện tình trạng suy hô hấp

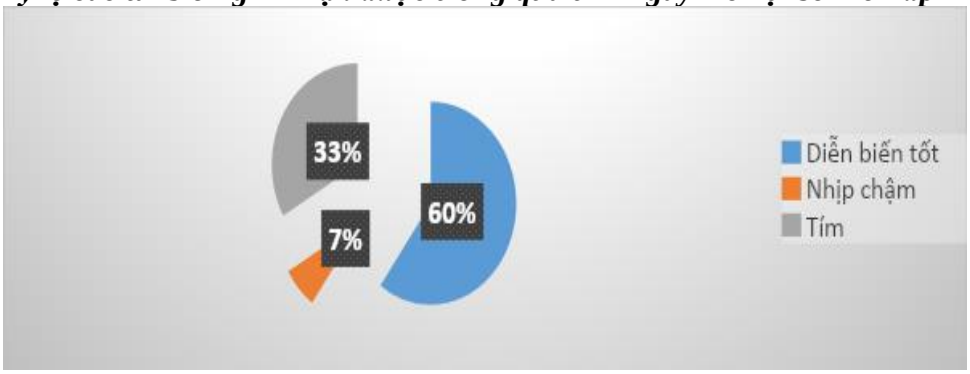
Tình trạng HH	Trước soi	Sau soi
SHH (++), NKQ	13%	13%
SHH (+)	33%	13%
SHH (-)	54%	74%

3.3.4. Lượng thuốc gây tê Lidocain gây tê niêm mạc đường hô hấp

Trung bình là 7,4 ± 3.2 mg/kg

3.4. Các tác dụng không mong muốn liên quan gây mê

3.4.1. Tỷ lệ các tai biến ghi nhận được trong quá trình gây mê nội soi hô hấp



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ các tai biến gặp trong khi nội soi

3.4.2. Các vấn đề không mong muốn khác

Bảng 3.3. Các vấn đề không mong muốn khác ghi nhận ở bệnh nhân

Biểu hiện không mong muốn	Tần số quan sát	Tỷ lệ%
Quấy khóc kích thích khi tỉnh	6	40%
Đau họng	3	20%
Nôn	1	6%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm của các bệnh nhân nghiên cứu

Về cân nặng trung bình thì nhóm bệnh nhân nghiên cứu có xu thế cân nặng nhỏ (15.2 ± 6,2 kg) điều này khiến chúng tôi khó khăn trong thông khí và nội soi.

Về đặc điểm thể trạng của nhóm nghiên cứu chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ có mức độ bệnh lý nặng và rất nặng với ASA 3-4 trong nghiên cứu chiếm tới 46% nói lên tính nguy cơ của việc tác động gây mê lên nhóm đối tượng này, tỷ lệ này nhiều hơn với nghiên cứu gây mê nội soi hô hấp khác như Jianming Liu gặp 40% trẻ nội soi có ASA 3-4 [3].

Về thời gian cũng tương đương với tác giả khác như Cristian gần 20 phút. Mặc dù thời gian nội soi nói chung khá ngắn, chỉ khoảng 30 phút cho 1 lần soi ống mềm, 15 phút cho nội soi ống cứng tuy nhiên cá biệt cũng có trường hợp nội soi kéo dài tới 90 phút cho thấy chỉ số SD của thời gian nội soi trung bình là khá lớn và nó nói lên độ biến thiên về thời gian can thiệp nội soi khá là cao hay tính khó khăn để tiên lượng về thời gian và mức độ phức tạp cho một cuộc nội soi hô hấp [4].

Về các bệnh lý thường gặp trong NS hô hấp thì chúng tôi thấy nhóm dị vật đường hô hấp gặp nhiều nhất và chiếm tới 63% chủ yếu là các dị vật thức ăn như hạt lạc, hạt hướng dương, hạt cườm, nắp bút... Các bệnh lý viêm nhiễm phế quản có tần suất gặp tới 25%, bao gồm các bệnh lý viêm phổi kéo dài, viêm phổi sau sặc cháo, sữa… Bệnh lý dị tật trên đường hô hấp khác ít chiếm 6%. Tỷ lệ các bệnh lý thường gặp trong nội soi hô hấp theo các tác giả khác như Lan Fang Tang thì cũng phân phối bệnh lý dị vật và viêm nhiễm gần tương đương nhau [2].

4.2. Bàn luận về khả năng vô cảm của phương pháp

Về độ an thần: Nhìn vào biểu đồ 3.3 chúng tôi có nhận xét về mức độ an thần đạt được. Đạt mức điểm an thần từ 5 - 8 điểm Ramsay trên 85%, là mức an thần sâu và rất sâu. Chỉ có khoảng 7% bệnh nhân can thiệp nội soi ở mức an thần nhẹ và vừa chủ yếu nằm ở nhóm bệnh dị tật thanh quản và hẹp KQ. Đây là mức điểm an thần cho phép tiến hành can thiệp, quan điểm này cũng được nhiều tác giả của các nghiên cứu khác tán thành như Ahmed cho rằng điểm an thần cần cho nội soi hô hấp trung bình ở mức từ 3,7 đến 8,8 điểm.

Kết quả của chúng về liều lượng tính ra liều lượng mg/ kg cũng tương đương nhau. Đối với tổng liều có ca kéo dài nên liều Max lên đến 160mg [5].

4.3. Bàn luận về khả năng kiểm soát hô hấp. Sau khi nội soi có gây mê Propofol thì hô hấp có xu hướng cải thiện. Thể hiện tỷ lệ bệnh nhân bị suy hô hấp và nguy cơ suy hô hấp trước khi từ 33% giảm còn 13% so với trước khi soi cho thấy khả năng thông khí trong khi soi là tương đối tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phương thức thông khí chủ yếu trong gây mê nội soi hô hấp là tự thở có hỗ trợ đạt 60%, nhóm trẻ

tự thở hoàn toàn trong khi soi có 14%, và 26% phải thở hỗ trợ áp lực hoàn toàn.

Thời gian trở lại tỉnh táo hoàn toàn sau khi gây mê bằng Propofol tĩnh mạch trong quá trình nội soi hô hấp là $\overline{X}$ = 60,4 ± 4,1 phút. Có thể thấy thời gian để trở lại tỉnh táo hoàn toàn tương đối ngắn, để rút ngắn thời gian lưu tại phòng hồi tỉnh và an toàn sau khi về bệnh phòng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi liều Lidocain trung bình sử dụng là 7,4 ± 3.2mg/kg thấp hơn so với liều phun tê của một số tác giả Yona Amitai và cộng sự là 8,5mg/kg, chúng tôi cũng không ghi nhận được trường hợp nào xảy ra tai biến do thuốc gây tê [6].

4.4. Bàn luận về các tác dụng không mong muốn

4.4.1. Quấy khóc, đau họng và nôn

Các đối tượng trẻ em khá khó tiếp cận để thu thập số liệu về đau họng hơn ở đối tượng người lớn, nhất là đối với nhóm nghiên cứu của chúng tôi thì chủ yếu là lứa tuổi nhỏ dưới 3 tuổi nên kết quả thu từ báo cáo của cha mẹ, biểu hiện kích thích quấy khóc 40% của trẻ và đau họng 20%, nôn 6% chủ yếu là theo dõi tại phòng hồi tỉnh.

4.4.2. Tỷ lệ tai biến

Có một trường hợp chậm nhịp tim <30 lần/ phút, chiếm 6% trong khi nội soi phải hô hấp và bóp tim hỗ trợ nhưng bệnh nhân này cũng may mắn được hồi phục. Diễn biến tốt chiếm 60%. Tỷ lệ tím, co thắt chiếm 33% trong nghiên cứu của chúng tôi, so với các tác giả nghiên cứu khác thì tỷ lệ co thắt <6% ở nội soi ống mềm [7].

Tỷ lệ tím co thắt này chưa loại trừ được các yếu tố bệnh lý nặng của đường hô hấp phối hợp trong quá trình gây mê gây nên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra được những kết luận sau đây:

- GM Propofol liều 89 ± 5.8 trong NSHH trẻ em cho phép đạt mức vô cảm an thần Ramsay 5 - 8 (85%) là mức an thần đảm bảo can thiệp nội soi ống mềm ở trẻ nhỏ.

- Gây mê propofol cho phép chủ động hô hấp trong khi NSHH như tự thở có hỗ trợ đạt 60%, nhóm trẻ tự thở hoàn toàn trong khi soi có 14%, và 26% phải thở hỗ trợ áp lực hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mosby (2013),** A Practice of Anesthesia for infants.
2. **Lan Fang Tang và Zhi Min Chen (2009),** "Fiberoptic Bronchoscopy in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units: A 5-Year Experience", Med Princ Pract 18, tr. 305-309.
3. **Jianming Liu, Kaiti Xiao và Xin Lv (2014),** "Anesthesia and ventilation for removal of airway foreign bodies in 35 infants", Int J Clin Exp Med, 7 (12), tr. 5852-5856.
4. **Christina W, Fidkowski, Hui Zheng và Paul G. Firth (2010),** "The Anesthetic Considerations of Tracheobronchial Foreign Bodies in Children: A Literature Review of 12,979 Cases", Anesthesia-analgesia., 111(2), tr. 1016.
5. **Ricardo J. Jose, Shahzad Shaefi và Neal Navani (2013),** "Sedation for flexible bronchoscopy: current and emerging evidence", Eur Respir Rev22(128), tr. 106-116.
6. **Yona Amitai, Ester Zylber-Katz, Avraham Avital, David Zangen và Natan Noviski (2016),** "Serum Lidocaine Concentrations in Children During Bronchoscopy with Topical Anesthesia", Chest1,98,6,1990 1373.
7. **J.de Blic, V.Marchac và P.Scheinmann (2002),** "Complications of flexible bronchoscopy in children: prospective study of 1,328 procedures", Eur Respir J, 20, tr.1271-1276.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ĐỘNG KINH KHÁNG THUỐC Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Hồ Đăng Mười[1], Hoàng Thị Cúc[1], Từ Thị Quý[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, một vài yếu tố liên quan đến bệnh nhân động kinh kháng thuốc ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân động kinh kháng thuốc ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020. **Kết quả:** Tất cả 32 bệnh nhân trong đó 17 nữ, 15 nam. Tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên sớm nhất là 2 tháng tuổi và muộn nhất là 11 tuổi. Cơn động kinh đầu tiên thuộc phân loại cơn toàn thể chiếm 50%. Cơn lâm sàng tại thời điểm được xác định là động kinh kháng thuốc phổ biến nhất vẫn là cơn toàn thể, tỷ lệ 53,1%. 17/32 bệnh nhân có biến đổi kiểu cơn lâm sàng theo thời gian. Phân loại động kinh toàn thể kháng thuốc chiếm 68,8%, còn lại 31,3% thuộc nhóm bệnh nhân động kinh cục bộ kháng thuốc. Tiền sử sản khoa: 5/32 (15,7%) bệnh nhân động kinh kháng thuốc có tiền sử sản khoa bất thường, trong đó phổ biến nhất là đẻ ngạt. Đa số bệnh nhân (90,6%) có tình trạng chậm phát triển tâm thần vận động đi kèm. 21,9% bệnh nhân ghi được hình ảnh sóng kịch phát dạng động kinh trên bảng ghi điện não đồ. 31,2% MRI bệnh nhân cho hình ảnh tổn thương bất thường chủ yếu là teo não. **Kết luận:** Yếu tố liên quan đến tình trạng kháng thuốc trong điều trị động kinh trẻ em chủ yếu là tiền sử sản khoa đẻ ngạt và tình trạng chậm phát triển tâm thần vận động đi kèm.

Từ khóa: động kinh kháng thuốc

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Hồ Đăng Mười
Email: dr.dangmuoi@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF DRUG-RESISTANCE EPILEPSY IN CHILDREN AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: To describe clinical features, predictors of pediatric drug-resistance epilepsy. **Subjects and methods:** Descriptive method of cross-sectional research. Subjects studied 32 pediatric drug-resistance patients at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** 32 patients consist of 15 males and 17 females. Age of onset epilepsy is from 2 months to 11 years old. The first clinical seizure was the generalized epileptic seizure accounting for 50%. The most common clinical seizure at the time identified as drug-resistance epilepsy was the generalized epileptic seizure (53,1%). 17 of 32 patients experienced clinical seizure variation over time. 68,8% patients classificated the generalized drug-resistance epilepsy, 31,3% remaining patients classificated the local drug-resistance epilepsy. Obstetrics history: 5/32 (15,7%) drug-resistant epilepsy patients with a history of obstetric abnormalities, the most common of these is postpartum asphyxia. The majority of patients (90,6%) had comorbid mental retardation. 21,9% epileptic patients's EEG records have epileptic paroxysmal wave images. 31,2% of patients for cerebral MRI image abnormal lesions mainly brain atrophy. **Conclusions:** Factors related to drug resistance in the treatment of childhood epilepsy are mainly

a history of obstetric asphyxia and associated comorbid mental retardation.

Key words: drug-resistance epilepsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh xuất phát từ nhiều nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng rất đa dạng với các mức độ nặng nhẹ khác nhau, thay đổi theo thời gian nhất là ở trẻ em. Bên cạnh đó có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đáp ứng với thuốc kháng động kinh ở một cá thể qua nhiều năm điều trị. Thuốc kháng động kinh vẫn là phương thức điều trị ban đầu căn bản và giúp kiểm soát cơn co giật ở 70% trẻ bị động kinh, còn khoảng 1/3 còn lại là không kiểm soát và được chẩn đoán là động kinh kháng thuốc. Một số giải pháp điều trị khác đối với động kinh kháng thuốc đem lại hiệu quả như chế độ ăn sinh ceton, liệp pháp kích thích thần kinh hay phẫu thuật cắt bỏ chọn lọc vùng não bệnh lý [1], [2]. Bệnh nhân động kinh kháng thuốc đang dần trở thành gánh nặng chính trong vấn đề động kinh chung của toàn thế giới, xuất phát từ những hậu quả của tình trạng kháng thuốc động kinh sau đó gây ảnh hưởng đến bản thân bệnh nhân như rối loạn phát triển tâm thần-vận động, hòa nhập xã hội, giảm chất lượng cuộc sống và gia tăng nguy cơ tử vong... [1]. Nhận thấy thực trạng bệnh lý động kinh kháng thuốc hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động kinh kháng thuốc ở trẻ em tại khoa Thần kinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020"* với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh động kinh kháng thuốc ở trẻ em tại khoa Thần kinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến động kinh kháng thuốc ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ dưới 15 tuổi được chẩn đoán động kinh kháng thuốc, điều trị tại khoa Thần kinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh theo tiêu chuẩn WHO và đủ tiêu chuẩn xác định động kinh kháng thuốc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân giả kháng thuốc chống động kinh hoặc mắc một số bệnh nặng khác phối hợp tiến triển gây co giật - động kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện. Thời gian: 01/2020 đến 09/2020 theo phương pháp mô tả lâm sàng.

Phương pháp thu thập số liệu: Hỏi bệnh (hỏi trực tiếp bệnh nhân hoặc nghe người nhà mô tả lại bệnh sử, quá trình bệnh lý và tiền sử bệnh), kết quả cận lâm sàng (điện não đồ, cộng hưởng từ sọ não).

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng: Gồm 32 bệnh nhân (15 nam, 17 nữ), tuổi nhỏ nhất là 2 tháng và lớn nhất là 13, độ tuổi trên 6 chiếm đa số (43,8%).

Bảng 1. Tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên

Tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sơ sinh (dưới 1 tháng)	0	0,0
Từ 1 tháng đến dưới 6 tháng	4	12,5
Từ 6 tháng đến dưới 12 tháng	6	18,8
Từ 12 tháng đến dưới 18 tháng	3	9,4
Từ 18 tháng đến dưới 24 tháng	3	9,4
Từ 24 tháng đến dưới 36 tháng	5	15,6
Từ 36 tháng đến dưới 72 tháng	7	21,8
Trên 72 tháng	4	12,5
Tổng	**32**	**100,0**

Nhận xét: Tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên sớm nhất là 2 tháng tuổi và muộn nhất là 11 tuổi. Tuổi khởi phát chủ yếu là 36 đến 72 tháng (21,8%).

Bảng 2. Cơn lâm sàng đầu tiên và tại thời điểm chẩn đoán ĐK kháng trị

Cơn động kinh	Cơn đầu tiên	Tại thời điểm kháng trị
Cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát	9 (28,1%)	7 (21,9%)
Cơn cục bộ đơn thuần	4 (12,5%)	3 (9,4%)
Cơn mất trương lực	0 (0,0%)	4 (12,5%)
Cơn co thắt động kinh	3 (9,4%)	0 (0,0%)
Cơn cục bộ phức hợp	0 (0,0)	1 (3,1%)
Cơn toàn thể	16 (50,0%)	17 (53,1%)
Tổng	**32 (100%)**	**32 (100%)**

Nhận xét: Đa số cơn động kinh đầu tiên và tại thơi điểm chẩn đoán ĐK kháng thuốc của nhóm bệnh nhân nghiên cứu thuộc loại cơn toàn thể (50% và 53,1%).

Bảng 3. Phân loại thể động kinh

Thể bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
ĐK toàn thể kháng thuốc	22	68,8
ĐK cục bộ kháng thuốc	10	31,3
Tổng	**32**	**100,0**

Nhận xét: 68,8% phân loại ĐK kháng trị toàn thể, còn lại 31,3% thuộc nhóm bệnh nhân ĐK kháng trị cục bộ.

Một số yếu tố liên quan đến động kinh kháng thuốc

Bảng 4. Tiền sử sản khoa

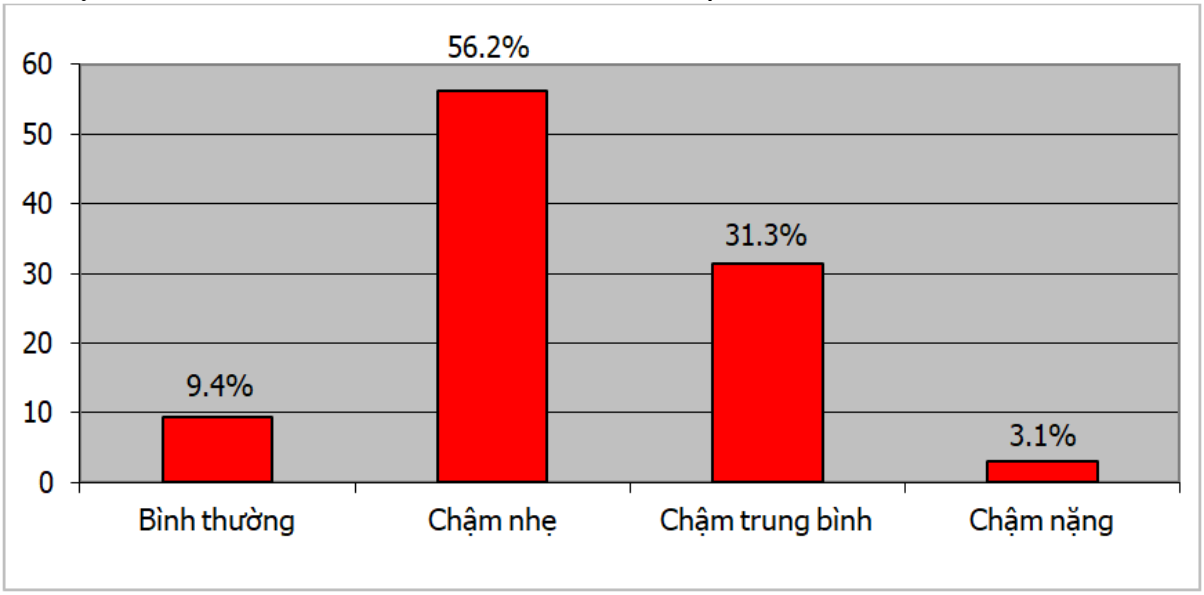
Tiền sử sản khoa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	27	84,3
Đẻ non	2	6,3
Đẻ ngạt	3	9,4
Tổng	**32**	**100,0**

Nhận xét: 5/32 bệnh nhân có tiền sử sản khoa bất thường, chủ yếu đẻ ngạt.

Bảng 5. Tiền sử bệnh tật

Tiền sử bệnh tật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	19	59,4
Xuất huyết nội sọ	1	3,1
Sốt giật phức hợp Sốt giật đơn thuần	7 4	21,9 12,5
Viêm màng não nhiễm khuẩn	1	3,1
Tổng	**32**	**100,0**

Nhận xét: 13/32 bệnh nhân có tiền sử bệnh tật liên quan đến hệ thần kinh TW.



Biểu đồ 1. Tình trạng phát triển tâm thần vận động

Nhận xét: Có 29/32 bệnh nhân chậm phát triển tâm thần vận động từ nhẹ đến nặng, chiếm tỷ lệ 90,6%.

Bảng 6. Hình ảnh điện não đồ

Hình ảnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khu trú một bán cầu	1	3,1
Lan tỏa hai bán cầu với ưu thế một bên	2	6,3
Lan tỏa hai bán cầu đồng đều	4	12,5
Bình thường	25	78,1
Tổng	**32**	**100,0**

Nhận xét: 21,9% ghi được hình ảnh sóng kịch phát dạng động kinh trên bản ghi.

Bảng 7. Tính chất tổn thương trên MRI sọ não

Hình ảnh trên phim	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Teo nhu mô nhiều thùy não	3	9,4
Teo nhu mô khu trú một thùy não	2	6,2

Loạn sản vỏ não khu trú	1	3,1
Xơ hóa hồi hải mã	1	3,1
Nhiều dạng tổn thương khác nhau	3	9,4
Không thấy tổn thương	22	68,8
Tổng	**32**	**100,0**

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương chủ yếu là teo não chiếm 9,4%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu này là 1,1:1. Kết quả này khá giống với kết quả nghiên cứu của Đặng Anh Tuấn [1] trên 76 bệnh nhân động kinh cục bộ kháng thuốc với tỷ lệ nam/nữ là 1,1:1. Theo một số nghiên cứu của các tác giả trong nước thì độ tuổi khởi phát động kinh ở những bệnh nhân động kinh kháng thuốc chủ yếu là nhóm dưới 10 tuổi. Tác giả Trang Thị Hoàng Mai [4] kết luận rằng: tuổi khởi phát cơn càng nhỏ (đặc biệt dưới 1 tuổi) liên quan đến tỷ lệ tăng lên của tình trạng kháng thuốc trong quá trình điều trị bệnh động kinh. Theo nghiên cứu của chúng tôi, cơn lâm sàng đầu tiên ở những bệnh nhân động kinh kháng thuốc chủ yếu là cơn động kinh toàn thể chiếm 59,4%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Sơn [5]: 59 trong tổng số 77 bệnh nhân thuộc nhóm động kinh toàn thể (chiếm 76,6%). Tác giả Lê Văn Tuấn [6] nghiên cứu trên 404 trường hợp động kinh ở trẻ em cho kết quả động kinh cục bộ chiếm ưu thế (57,43%) so với động kinh toàn thể (34,16%).

Về tiền sử sản khoa: có 3 bệnh nhân bị ngạt sau sinh chiếm 9,4%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu Uân [3] trên các yếu tố nguy cơ động kinh thì tỷ lệ sinh ngạt chiếm 23,3% trong nhóm bệnh so với nhóm chứng. Tác giả Lê Văn Tuấn [6] chỉ ra rằng yếu tố sinh ngạt là yếu tố có độ mạnh, độ quan trọng cao nhất (OR=8,665; P<0,001) sau khi phân tích hồi quy đa biến khử nhiễu. Về tiền sử bệnh tật: theo kết quả nghiên cứu này, bệnh nhân có tiền sử co giật do sốt chiếm 34,4%; và đa số bệnh nhân động kinh kháng thuốc (90,6%) có chậm phát triển tâm thần vận động mực độ từ nhẹ đến nặng. Tác giả Đinh Hữu Uân [3] chỉ ra rằng: có sự liên quan chặt chẽ thuận chiều giữa IQ và tuổi khởi phát bệnh, tương quan chặt chẽ nghịch chiều giữa IQ với thời gian bị bệnh. Về kết quả điện não đồ: nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả có 21,9% bệnh nhân có hình ảnh các sóng kích thích dạng động kinh trên bản ghi điện não. Tác giả Đặng Anh Tuấn [1] có nhấn mạnh rằng ĐNĐ bình thường không loại trừ động kinh, ngược lại 10-15% người bình thường có bất thường điện não không bao giờ lên cơn. ĐNĐ video có thể theo dõi kéo dài để phát hiện những trường hợp khó bắt được cơn. Về tổn thương trên MRI sọ não: MRI: có 10 bệnh nhân (31,2%) có hình ảnh tổn thương bất thường. Tác giả Trang Thị Hoàng Mai [4] chia kết quả MRI thành 2 nhóm: bất thường không liên quan động kinh và bất thường sinh động kinh, trong đó bất

thường không liên quan đến động kinh thì không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm kháng trị và kiểm soát cơn.

V. KẾT LUẬN

Yếu tố liên quan đến tình trạng kháng thuốc trong điều trị động kinh trẻ em chủ yếu là tiền sử sản khoa đẻ ngạt và tình trạng chậm phát triển tâm thần vận động đi kèm.

VI. KIẾN NGHỊ

Khi được chẩn đoán ĐK kháng trị, BN nên được quản lý tại các trung tâm chuyên sâu để đánh giá lại chẩn đoán, tối ưu điều trị dược lý và hội chẩn với các trung tâm chuyên sâu hơn để đưa ra phương án điều trị khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Anh Tuấn. (2018).** Nghiên cứu lâm sàng, tổn thương não và các yếu tố liên quan đến động kinh cục bộ kháng thuốc ở trẻ em, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Khánh (2007),** "Động kinh", Giáo trình Nội thần kinh, NXB Đại học Huế, trang 143-156
3. **Đinh Hữu Uân (2007),** "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và kết quả trắc nghiệm trí tuệ Wechsler ở bệnh nhân động kinh cơn lớn", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Trang Thị Hoàng Mai và CS (2019),** "Yếu tố nguy cơ kháng thuốc trong điều trị động kinh ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2", tạp chí Y Học TP.HCM, tập 23(3), tr. 132-139.
5. **Nguyễn Hữu Sơn và CS (2010),** "Nghiên cứu sự biến đổi điện não đồ ở trẻ em 6-15 tuổi bị động kinh trước và sau điều trị bằng Topiramate", tạp chí Y Học TP.HCM, tập 14(4), tr. 1-9.
6. **Lê Văn Tuấn và CS (2014),** "Các yếu tố nguy cơ liên quan đến động kinh trẻ em", tạp chí Y Học TP.HCM, tập 18(1), tr. 521-527.

ĐÁNH GIÁ KẾT QỦA ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT Ở TRẺ EM BẰNG BƠM HƠI ĐẠI TRÀNG

Đậu Anh Trung[1], Trần Văn Trung[1], Quách Thị Thanh Bình[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị lồng ruột (LR) ở trẻ em bằng bơm hơi đại tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu loạt ca bệnh LR được điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 9/2020. Các bệnh nhân (BN) được điều trị bằng bơm hơi đại tràng tại khoa ngoại tổng hợp. Kết quả tháo lồng được xác định dựa vào dấu chứng tháo lồng, x-quang và siêu âm (SA). **Kết quả**: Có 255 BN thuộc đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình là 20,6 tháng (3 tháng – 7 tuổi). 85,1% là LR lần đầu, 14,9% là LR tái phát. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bơm hơi trung vị là 9 giờ (2 giờ - 50 giờ). 97,3% BN đau bụng cơn, 80% nôn, 16,5% ỉa máu,18% sờ thấy khối lồng. 100% bệnh nhân có hình ảnh LR điển hình trên siêu âm, không bệnh nhân nào có nguyên nhân thực thể. Kết quả tháo lồng bằng hơi thành công 98,8%, không có tai biến và tử vong. Có 8 BN (3,1%) phải bơm hơi 2 lần, 5 BN (2%) phải bơm hơi 3 lần, trong đó có 3 BN (1,2%) tháo lồng thất bại sau 3 lần bơm hơi được chỉ định phẫu thuật tháo lồng. **Kết luận:** Điều trị LR bằng bơm hơi đại tràng là một thủ thuật an toàn hiệu quả và khả thi, có thể phổ biến áp dụng rộng rãi cho ngoại khoa ngay cả tuyến y tế cơ sở.

Từ khóa: Lồng ruột, bơm hơi đại tràng, siêu âm.

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.*
Chịu trách nhiệm chính: Đậu Anh Trung
Email: dauanhtrung@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF AIR – ENEMA REDUCTION FOR INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

Objectives: Describing clinical features, nonclinical features, and appraising the results of air – enema reduction (AER) for intussusception in children. **Subjects and methods:** Decribes the prospective of all intussusception cases treated in Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from 01/2020 to 9/2020. The patiens were treated by air – enenma reducation in general surgery department. The results were determined based on intussusceptive removal hallmarks, x-rays anh ultrasounds. **Results:** 255 patients were enrolled with a mean age of 20,6 months (range: 3 months to 7 years). 85,1% of patients had primary IS, 14,9 – recurrent IS. The median time from onset of syptoms to AER was 9 hours (ranger: 2-50 hours). 97,3% of patients had abdominal pain, 80% - vomiting, 16,5% - bloody stool, 18% - palpable mass. 100% of patients had typical ultrasound images of intussuception. AER was performed successfully in 98,8% without any complicstion and mortality. 8 patients (3,1%) had to be carried out AER 2 time, 5 patients (2%) – 3 times, among them 3 patients (1,2%) underwent surgery reduction of IS after 3 times failed AER. **Conclusions:** Air – enema reducation for intussusception in children is safe, effective, realizable procedure, it can popularly apply for surgery ward at grassrootshealth facilities.

Keywords: Intussuception, air-enema reduction, ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột (LR) là trạng thái bệnh lý gây ra do một đoạn ruột chui vào lòng đoạn ruột kế cận theo chiều nhu động. Trẻ nam bị bệnh nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ khoảng từ 2/1 đến 3/1. Các nghiên cứu dịch tễ học ở Anh cho thấy tỷ lệ LR vào khoảng 1,57/1000 – 4/1000 trẻ, ở Việt Nam tỷ lệ này là 302/100.000 [1] Mặc dù LR có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng 75% trường hợp xảy ra ở trẻ dưới 2 tuổi [3].

Chẩn đoán LR cấp dựa vào lâm sàng và siêu âm [1]. LR có thể được điều trị bằng các biện pháp tháo lồng không phẫu thuật hoặc bằng phẫu thuật. Phương pháp điều trị chủ yếu hiện nay vẫn là các biện pháp tháo lồng không phẫu thuật như: bơm hơi đại tràng, thụt đại tràng bằng dung dịch đẳng trương… Tỉ lệ phải mổ ngày càng giảm do được chẩn đoán sớm và sự cải tiến của các phương pháp tháo lồng không mổ [1], [2].

Fiorito và cộng sự (1959) lần đầu mô tả phương pháp tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng có kiểm soát áp lực và theo dõi dưới màn chiếu X-quang [7]. Ở Việt Nam tháo lồng bằng hơi được tiến hành từ năm 1964 và từ năm 1973 Ngô Đình Mạc nghiên cứu một cách hệ thống, toàn diện [1]. Nhờ những nghiên cứu này, phương pháp tháo lồng bằng hơi hiện nay đã được sử dụng ở hầu hết các cơ sở.

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã ứng kỹ thuật bơm hơi đại tràng để điều trị LR ở trẻ em từ năm 1985. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị LR ở trẻ em bằng bơm hơi đại tràng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh, bao gồm tất cả BN bị LR được điều trị bằng phương pháp bơm hơi đại tràng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 9 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân gồm:

BN được chẩn đoán xác định là LR dựa vào lâm sàng: đau bụng cơn, nôn, ỉa máu, sờ được khối lồng [1]. SA có hình ảnh của LR điển hình (hình bia, bánh sandwich,…) [1], [2]. Nếu trẻ bị LR nhiều lần, chỉ lấy vào nghiên cứu lần vào viện đầu, những lần sau tính vào kết quả theo dõi. BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp điều trị trong nghiên cứu

* Chuẩn bị tháo lồng

Thủ thuật được tiến hành bởi bác sĩ ngoại nhi tại phòng thủ thuật khoa ngoại, dụng cụ tháo lồng gồm: sonde foley, bơm tiêm, bóng bóp và đồng hồ đo áp lực.

* Tiến hành thủ thuật

- Đặt sonde Foley vào hậu môn:

+ Bệnh nhân nằm ngửa co 2 chân và dạng chân bộc lộ hậu môn.

+ Điều dưỡng đi găng, dùng parafin bôi vào đầu sonde Foley 24, sau đó đặt vào lòng trực tràng đến hết đoạn có bóng cuff.

+ Bơm khí căng bóng cố định sonde Foley.

- Tiến hành bơm hơi tháo lồng:

+ Lắp bóng bóp vào đầu sonde Foley.

+ Bơm hơi với áp lực từ 80 – 120mmHg, có thể để tay lên bụng để đánh giá, nếu tháo lồng được thấy có cảm giác khối lồng "bung" ra.

+ Có thể kết hợp nắn thành bụng khi tháo

để góp phần "đẩy" đầu khối lồng về phía tiểu khung (hướng về cuối manh tràng - ruột non).

+ Một lần tháo lồng có thể có 1 hoặc nhiều đợt bơm hơi. Nếu tháo lồng 15 phút không có kết quả thì tạm dừng, và sau 1 thời gian nghỉ có thể tiến hành tháo lồng lần 2.

+ Nếu tháo lồng lần 2 không hiệu quả tháo lại trên phòng mổ (sau lần 2 ít nhất 60 phút).

+ Chuẩn bị đầy đủ bộ xét nghiệm mổ cấp cứu. Tại phòng mổ, bệnh nhân được gây mê và tháo lồng lần 3.

+ Nếu tháo lồng lần 3 không kết quả thì chuyển phẫu thuật để tháo lồng.

* Kết thúc thủ thuật tháo lồng khi:

Tháo lồng có kết quả: dừng bơm hơi khi khám thấy có ít nhất một chứng nghiệm tháo lồng [1], [6]:

+ Bụng chướng tròn đều, hơi qua nhiều phía ruột non.

+ Nghe tiếng hơi qua van Bauhin.

+ Không sờ thấy khối lồng.

+ Áp suất giảm đột ngột trên đồng hồ theo dõi áp suất.

+ Chụp bụng không chuẩn bị thấy hơi sang ruột non.

+ Tiến hành SA để kiểm tra sau bơm hơi không còn thấy hình ảnh khối lồng.

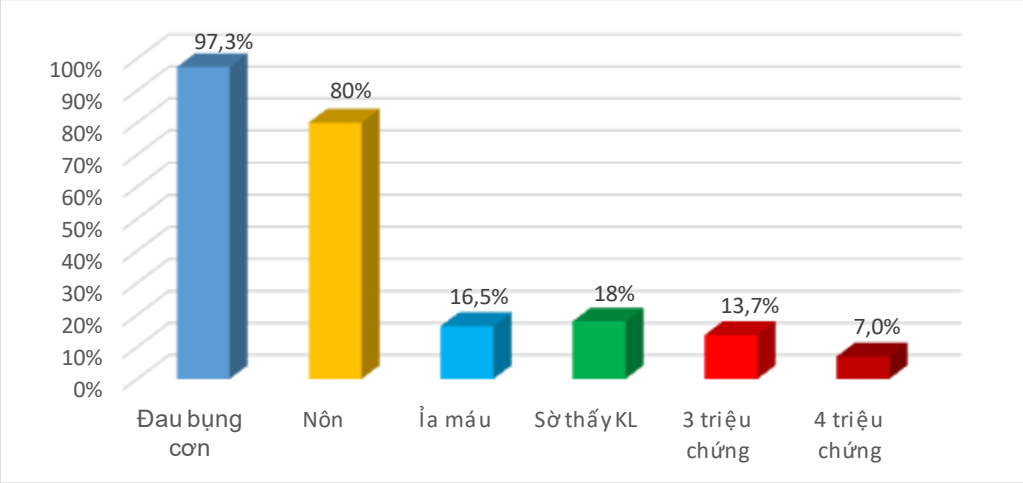
Sau khi tháo lồng thành công, tiếp tục theo dõi BN về lâm sàng tại khoa ngoại từ 12 – 48 giờ.

2.2. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có tất cả 255 BN bị LR được điều trị bằng bơm hơi đại tràng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Độ tuổi trung bình là 20,6 ±14,4 tháng, nhỏ nhất là 3 tháng, lớn nhất là 84 tháng. LR hay gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi (72,2%). Tỷ lệ nam / nữ là 1,3.

Trong nghiên cứu này hầu hết trẻ bị LR lần đầu (85,1%), 14,9% là LR tái phát. Phần lớn BN (90,2%) đến viện trước 24 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, chỉ 2,7% số trẻ nhập viện sau 48 giờ. Không có BN nào bị shock, mất nước nặng.



Biểu đồ 3.1. Tần suất các triệu chứng lâm sàng chính

Khám lúc vào viện thấy hầu hết trẻ có triệu chứng đau bụng cơn (97,3%) và nôn (80%), tỷ lệ gặp ỉa máu chỉ là 16,5%, có 18% BN sờ thấy khối lồng. Chỉ có 13,7% BN là có 3 triệu chứng đau bụng cơn, nôn, ỉa máu và 7% BN có đầy đủ cả 4 triệu chứng.

Tất cả 255 BN trong nghiên cứu đều có hình ảnh LR điển hình trên siêu âm ổ bụng.

Đa số vị vị trí khối lồng nằm ở vùng hạ sườn phải (95,7%) và có đường kính ≤ 35mm (96,1%), chỉ có 3,9% trường hợp có đường kính khối lồng trên siêu âm > 35mm.

Bảng 3.1. Kết quả điều trị LR bằng bơm hơi đại tràng

Kết quả bơm hơi tháo lồng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành Công	1 lần	242	94,9
	2 lần	8	3,1
	3 lần	2	0,8
Thất bại	Mổ mở	3	1,2
Tổng		**255**	**100**

Tỷ lệ bơm hơi tháo lồng thành công là 98,8%, có 8 BN (3,1%) phải bơm hơi 2 lần, 2 BN (0,8%) phải bơm hơi 3 lần. Không có trường hợp nào bị tai biến vỡ ruột khi bơm hơi tháo lồng. 3 BN (1,2%) tháo lồng không thành công sau 3 lần bơm hơi được chỉ định mổ cấp cứu tháo lồng bằng tay. 95,3% BN được tháo lồng thành công ở áp lực ≤ 110 mmHg, chỉ 12 BN (4,7%) cần bơm hơi với áp lực từ > 110 mmHg. Thời gian tháo lồng trung bình là 6,0 ± 1,7 phút, trung vị là 5 phút, nhanh nhất là 3 phút, chậm nhất 15 phút.

Với p < 0,01 chúng tôi nhận thấy BN tuổi càng nhỏ (< 12 tháng), đến viện muộn (> 48 giờ) và đã có triệu chứng ỉa máu là những yếu tố làm tăng tỷ lệ thất bại của bơm hơi.

Theo dõi sau tháo lồng, đa phần BN (81,7%) toàn trạng ổn định ra viện. Các triệu chứng có thể gặp sau bơm hơi tháo lồng là sốt (2,8%), ỉa lỏng (2,4%), đau bụng (9,1%). Tuy nhiên vẫn có 33 (13,1%) trường hợp quay lại viện và được phát hiện tái phát. BN bơm hơi tháo lồng thành công có thời gian nằm viện trung bình là 1,1 ± 0,3 ngày. Trong khi BN tháo lồng thất bại phải chuyển mổ có thời gian nằm viện trung bình là 7,0 ± 1,0 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2020 đến tháng 9/2020, có 255 BN được chẩn đoán và điều trị LR bằng phương pháp bơm hơi đại tràng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, với độ tuổi trung bình của BN là 20,6+14,4 (3÷84) tháng. Tỷ lệ trẻ trẻ nam bị LR nhiều hơn trẻ nữ kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác [2], [6]. Hiện nay y văn vẫn chưa giải thích chính xác được hiện tượng này.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận thấy BN vào viện có các triệu chứng điển hình của LR như đau bụng cơn, nôn, ỉa máu, thăm khám sờ thấy khối lồng. Trong đó, triệu chứng đau bụng quấy khóc cơn chiếm 97,3%, nôn 80%, tương tự với nhiều tác giả và nghiên cứu khác [2], [6].

Bảng 4.1. triệu chứng lâm sàng ghi nhận bởi một số tác giả

Tác giả	Đau bụng	Nôn	Ỉa máu	Sờ thấy KL
Trần Ngọc Sơn (2019) [2]	97,7%	72,6%	8,0%	15,0%
Liu (2019) [3]	78,9%	47,4%	14,2%	5,0%
Schollin (2019) [8]	88%	66%	38%	20%
Nguyễn Thanh Xuân (2020) [6]	100%	82,2%	11,9%	43,2%
Chúng tôi (2020)	97,3%	80%	16,5%	18%

Đau bụng cơn là triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ bị LR, trong nghiên cứu này (97,3%) BN có triệu chứng này, giống với nhiều nghiên cứu khác [2],[6],[8]. Nôn cũng là một triệu chứng cổ điển thường gặp trong LR, tỷ lệ BN có nôn của chúng tôi là 80%, tương tự với một số tác giả khác như: Nguyễn Thanh Xuân (82,2%); Trần Ngọc Sơn (72,6%) [2], nhưng thấp hơn so với một số nghiên cứu về LR ở trẻ nhũ nhi như Nguyễn Thanh Liêm 90,2% [1]. Đại tiện phân có máu là một triệu chứng khá thường gặp trong lồng ruột đặc biệt ở trẻ nhũ nhi, theo Schollin tỷ lệ ỉa máu là (38%) [8], Hu (68%) [4]. Kết quả của chúng tôi là 16,5%, nguyên nhân có thể do có tới 90,2% BN trong nghiên cứu này vào viện sớm trước 24 giờ. Tỷ lệ sờ thấy khối lồng trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,0% thấp hơn so với các tác giả khác [6]. Nguyên nhân có thể do trẻ quấy khóc, khối lồng thường ở vị trí dưới gan khó đánh giá, bụng chướng và cũng có thể do triệu chứng này thường không được nghi nhận trong hồ sơ bệnh án hoặc BN không được thăm khám lâm sàng tỷ mỉ.

Đối với LR, SA là phương tiện chẩn đoán có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,6%, và độ chính xác 97,8% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN có hình ảnh bia bắn và hình sandwich, khối lồng chặt, khó tháo khi đường kính khối lồng >35mm [1], [2].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tháo lồng thành công của chúng tôi là 98,8%. Có 8 BN (3,1%) phải bơm hơi 2 lần, 2 BN (0,8%) phải bơm hơi 3 lần, trong đó có 3 BN (1,2%) không tháo lồng thành công sau 3 lần bơm hơi được chỉ định phẫu thuật tháo lồng.

Bảng 4.2. So sánh kết quả điều trị của các tác giả

Tác giả	Năm	n	Thành công (%)
Trần Ngọc Sơn [2]	2019	226	98,7%
Hu [4]	2019	586	94,2%
Tanger [5]	2020	48	80%
Nguyễn Thanh Xuân [6]	2020	118	98,3%
Chúng tôi	2020	255	98,8%

BN được tháo lồng thành công ở áp lực bơm hơi từ 80 - 110 mmHg là chủ yếu (95,3%), chỉ có 4,7% với áp lực từ 110 - 120 mmHg, khá tương đồng với các tác giả khác [2], [6].
Theo dõi trong thời gian nghiên cứu thấy tỷ lệ tái phát của chúng tôi là 13,1% (33/252), tái phát trong 48 giờ là 3,6% (9/36). Thời gian nằm viện trung bình của các BN tháo lồng thành công là 1,1 ± 0,3 ngày tương tự nhiên cứu khác[2], [6].

IV. KẾT LUẬN

Điều trị LR bằng phương pháp bơm hơi đại tràng là một thủ thuật an toàn, khả thi và hiệu quả, tỷ lệ thành công 98,8%, không có biến chứng hay tử vong. Có thể phổ biến áp dụng rộng rãi cho cả tuyến y tế cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Liêm** (2016). Lồng ruột. Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 127–144.
2. **Trần Ngọc Sơn, Phạm Đức Hiệp, và Hà Văn Quý** (2019). Điều trị lồng ruột ở trẻ em bằng bơm hơi đại tràng tại giường dưới hướng dẫn của siêu âm. Tạp chí Y học Việt Nam, **482**(**9**), 3–9.
3. **Liu X, Xia B, Yu H. et al.** (2019). Atropine Premedication Facilitates Ultrasound-Guided Reduction by Saline Enema in Children With Intussusception. Frontiers in Pharmacology, **10**, 1–7.
4. **Hu J, Liu M, Yu X. et al.** (2019). Clinical Characteristics of Intussusception with Surgical Reduction: a Single-Center Experience with 568 Cases. Journal of Gastrointestinal Surgery, **23**(**11**), 2255–2262.
5. **Tanger R, Singh A, Gupta A. et al.** (2020). Nonavailability of ultrasound: Try stethoscope in pneumatic reduction. J Indian Assoc Pediatr Surg, **25**(**2**), 76.
6. **Thanh Xuan N, Huu Son N, and Huu Thien H**. (2020). Treatment Outcome of Acute Intussusception in Children Under Two Years of Age: A Prospective Cohort Study. Cureus. **35**(**6**), 1–8.
7. **Sacks R.S, Anconina R, Farkas E. et al.** (2020). Sedated ultrasound guided saline reduction (SUR) of ileocolic intussusception: 20 year experience. Journal of Pediatric Surgery, **25**(**10**), 1–4.
8. **Schollin Ask L, Svensson J.F, Olén O. et al.** (2019). Clinical presentation of intussusception in Swedish children under 3 years of age and the validity of diagnostic coding. Pediatr Surg Int, **35**(**3**), 373–381.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỆ SINH TAY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2020

Tăng Xuân Hải[1], Nguyễn Sĩ Hoàn[1], Đậu Khắc Dũng[1], Nguyễn Thị Hoa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức về vệ sinh tay (VST) của nhân viên y tế và khảo sát sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế. **Đối tượng và phương pháp:** 457 nhân viên y tế được khảo sát về kiến thức và giám sát 2917 cơ hội thực hành vệ sinh tay tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Nữ chiếm 78,6%, nam chiếm 21,4%, điều dưỡng chiếm 63%, bác sỹ 27%, kỹ thuật viên (KTV) 10%. Phần lớn nhân viên y tế (NVYT) nắm được kiến thức đúng và đầy đủ các thời điểm vệ sinh tay (93,0%), tỷ lệ NVYT cho rằng vệ sinh tay bằng nước và xà phòng hiệu quả tốt hơn vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn 55,4%. Phần lớn NVYT hiểu biết đúng về việc sử dụng găng không thay thế được vệ sinh tay chiếm tỷ lệ 81,6%, nhân viên y tế nắm bắt được thời gian tối thiểu VST là 30 giây chiếm tỷ lệ (94,3%). Tuân thủ thực hành vệ sinh tay: Tỷ lệ tuân thủ VST chung của NVYT là 72,5%, nhóm nhân viên y tế là điều dưỡng tuân thủ cao nhất đạt (75,7%), tỷ lệ tuân thủ của bác sỹ (69,5%), tuân thủ VST của KTV (61,7%), tỷ lệ cơ hội thực hành đúng 6 bước chỉ đạt (38%). **Kết luận:** Phần lớn nhân viên y tế nắm được kiến thức đúng và đầy đủ các thời điểm vệ sinh tay (93,0%). Tỷ lệ tuân thủ VST chung của NVYT là 72,5%.

Từ khóa: Vệ sinh tay, kiểm soát nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn bệnh viện.

SUMMARY

EVALUATING KNOWLEDGE OF HAND HYGIENE OF MEDICAL STAFF AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Assess knowledge of hygiene of medical staff and investigate the compliance of medical staff. **Subjects and methods:** 457 health workers were surveyed for knowledge and supervised 2,917 cases to practice hand hygieneat Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. Results: General characteristics: 78.6% female, 21.4% male; Nurses account for 63%, doctors 27%, technicians 10%. Knowledge of hand hygiene of medical workers: most health workers have adequate and correct knowledge of hand hygiene moments (93.0%); The percentage of health workers said that hand sanitising with soap and water is more effective than hand hygiene with alcohol-based solutions 55.4%. Most of them have the knowledge of how to use gloves that cannot replace hand hygiene, with a figure of 81.6%, health workers grasp the minimum Hand hygienetime is 30 seconds, accounting for (94.3%). Adherence to hand hygiene practices: The general Hand hygienerate of health workers is 72.5%, the group of medical staff who is the highest compliance nurses (75.7%), and the compliance rate of doctors (69.5%), complying with the auditors'

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Tăng Xuân Hải
Email: bstangxuanhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

technicians (61.7%), the rate of chance of practicing 6 steps right is only (38%).

Conclusions: Most health workers have a correct and complete of hand hygiene times (93%). The hand gygiene compliance rate of health wokers is 72.5%.

Keywords: Hand hygiene, infection control, nosocomial infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện như vi khuẩn, vi rút, nấm và ký sinh trùng . Theo thống kê, tỷ lệ NKBV chiếm khoảng 5- 10% ở các nước phát triển và 15-20% ở các nước đang phát triển. NKBV thường do các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc gây bệnh như: Tụ cầu vàng kháng - βmethicilin, cầu khuẩn đường ruột kháng vancomycin, trực khuẩn gram âm sinh men lactamase phổ rộng [7]. Vệ sinh tay (VST) từ lâu luôn được coi là biện pháp quan trọng phòng ngừa nhiễm khuẩn, không chỉ trong chăm sóc NB mà ngay cả ở cộng đồng khi đang phải đối mặt với nhiều bệnh dịch nguy hiểm xảy ra trên diện rộng như dịch tả, cúm A (H5N1, H1N1) [2]. Tổ chức Y tế Thế giới khẳng định "Chăm sóc sạch là chăm sóc an toàn" và "Vệ sinh tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng ngừa NKBV" [8]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy nhận thức của nhân viên y tế (NVYT) còn chưa đầy đủ, phương tiện vệ sinh tay còn thiếu, vị trí vệ sinh tay còn chưa hợp lý nên tỷ lệ vệ sinh tay (VST) còn thấp ở hầu hết các bệnh viện. Nhằm đánh giá kiến thức và thực hành vệ sinh tay của cán bộ nhân viện chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: 1) Đánh giá kiến thức về vệ sinh tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. 2) Khảo sát sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

457 nhân viên y tế gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong đó bác sĩ 122, điều dưỡng 289, kỹ thuật viên 46. Quan sát được 2114 cơ hội vệ sinh tay để đưa ra các tỷ lệ tuân thủ thực hành.

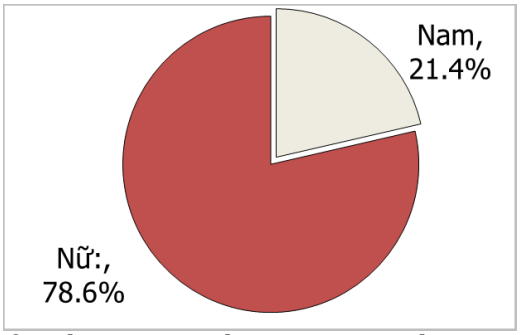
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Trực tiếp phỏng vấn riêng lẽ từng nhân viên y tế đang công tác tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng theo bộ câu hỏi được thiết kế, kết hợp quan sát thực tế và điền vào phiếu quan sát

Thời gian: Từ 3/2020 đến 9/2020.

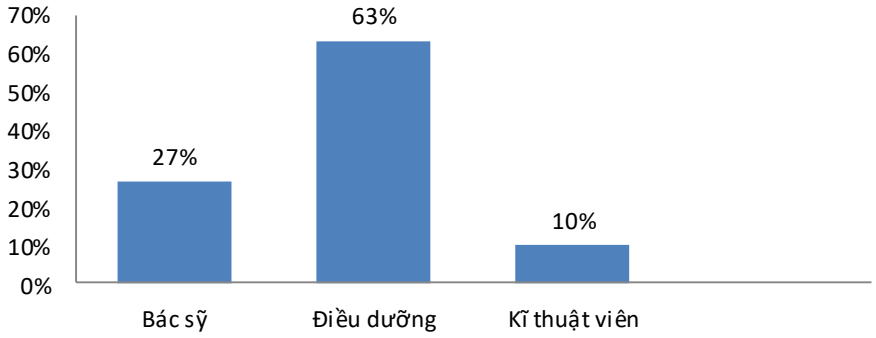
Địa điểm: Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Phân bố nhân viên y tế theo giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy: nhân viên nữ chiếm 78,6%, và nhân viên nam là 21,4%.



Biểu đồ 2: Phân bố nhân viên theo nghề nghiệp

Phân bố nghề nghiệp, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm (63%), bác sĩ và KTV chiếm số lượng, tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 122 (27%), 46 (10%).

Bảng 1: Kiến thức của nhân viên y tế về các thời điểm vệ sinh tay

Trả lời	Số lượng	Tỷ lệ %
Trả lời đúng, đầy đủ	425	93,0
Trả lời đúng, chưa đầy đủ	25	5,5
Trả lời sai	1	0,2
Không trả lời	6	1,3
Cộng	**457**	**100**

93% nhân viên y tế nắm được kiến thức đúng và đầy đủ các thời điểm vệ sinh tay. 5,5% hiểu biết đúng, nhưng chưa đầy đủ, nhân viên y tế trả lời sai, không nắm được chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ lần lượt (0,2%), (1,3%).

Bảng 2: Đánh giá của nhân viên y tế về hiệu quả 2 phương pháp vệ sinh tay

Trả lời	Số lượng	Tỷ lệ %
Vệ sinh tay bằng nước+ Xà phòng	253	55,4
Vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn	195	42,7
Không trả lời	9	1,9
Tổng	457	100

55,4% nhân viên y tế cho rằng rửa tay bằng vệ sinh tay bằng nước + xà phòng hiệu quả tốt hơn rửa tay bằng dung dịch chứa cồn.

Bảng 3: Kiến thức của nhân viên y tế về tác dụng mang găng liên quan vệ sinh tay

Trả lời	Số lượng	Tỷ lệ %
Không thay thế được vệ sinh tay	373	81,6
Đôi khi thay thế được vệ sinh tay	52	11,4
Thay thế được vệ sinh tay	27	5,9
Không trả lời	5	1,1
Tổng	457	100

81,6% nhân viên y tế trả lời mang găng không thay thế được vệ sinh tay.

Bảng 4: Kiến thức của nhân viên y tế về các hoạt động thuộc 5 thời điểm vệ sinh tay

Chỉ định VST	Hiểu biết đúng của NVYT về các hoạt động cần phải VST trong các thời điểm								Tổng (N)
	Đúng đầy đủ		Đúng, không đầy đủ		Sai		Không trả lời		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Trước khi tiếp xúc với người bệnh	298	65,2	141	30,9	12	2,6	6	1,3	457
Trước khi làm thủ thuật sạch/vô trùng	311	68,0	120	26,3	17	3,7	9	2,0	
Sau khi tiếp xúc với người bệnh	363	79,4	73	16,0	09	2,0	12	2,6	
Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể	330	72,2	92	20,1	13	2,9	22	4,8	
Sau môi trường xung quanh bệnh nhân	231	50,5	174	38,1	37	8,1	15	3,3	

79,4% nhân viên y tế hiểu đúng các hoạt động thuộc chỉ định sau khi tiếp xúc với người bệnh đây là chỉ định được hiểu biết đúng cao nhất, kiến thức về các hoạt động thuộc thời điểm sau môi trường xung quanh bệnh nhân đạt 50,5% chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 5: Kiến thức của nhân viên y tế về thời gian tối thiểu vệ sinh tay

Thời gian	NVYT trả lời đúng	Tỉ lệ %
2 phút	2	0,4
1 phút	14	3,1
30 giây	431	94,3
15 giây	10	2,2
Tổng	N=457	100

94,3% nhân viên y tế nắm được thời gian tối thiểu VST là 30 giây

Bảng 6: Tỷ lệ tuân thủ, không tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế

Đối tượng	Số cơ hội tuân thủ		Số cơ hội không tuân thủ		Tổng số cơ hội quan sát được
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
Bác sỹ	658	69,5	289	30,5	947
Điều dưỡng	1.300	75,7	417	24,3	1.717
KTV	156	61,7	97	38,3	253
Tổng	2.114	72,5	803	27,5	2.917

72,5% nhân viên y tế tuân thủ quy trình vệ sinh tay.

Bảng 7: Tỷ lệ cơ hội của nhân viên y tế vệ sinh tay theo quy trình 6 bước

Cơ hội vệ sinh tay đã thực hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Thực hành đúng, đầy đủ 6 bước	804	38,0
Thực hành chưa đầy đủ bước	1.310	62,0
Tổng	**2.114**	**100,0**

Tỷ lệ rửa tay đúng quy trình 6 bước của nhân viên y tế lại đạt tỷ lệ rất thấp 38%.

Bảng 8: Tỷ lệ tuân thủ, không tuân thủ các bước của quy trình vệ sinh tay

Các bước	Số cơ hội tuân thủ		Số cơ hội không tuân thủ		Tổng số cơ hội quan sát được
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Bước 1	2.114	100,0	0	0	N = 2114
Bước 2	1.500	71,0	614	29,0	
Bước 3	1.422	67,3	692	32,7	
Bước 4	1.275	60,3	839	39,7	
Bước 5	991	46,9	1.123	53,1	
Bước 6	839	39,7	1.275	60,3	

Số cơ hội thực hành tuân thủ bước 1 trong quy trình vệ sinh tay chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, hai bước còn lại bước 5 và bước 6 đạt tỷ lệ thấp nhất lần lượt 46,9% và 39,7%.

Bảng 9: Tỷ lệ cơ hội tuân thủ của NVYT theo các thời điểm vệ sinh tay

Thời điểm	Số cơ hội quan sát	Số cơ hội tuân thủ	Tỷ lệ tuân thủ (%)
Trước khi tiếp xúc với người bệnh	1.469	933	63,5
Trước khi thực hiện các thủ thuật sạch/ vô trùng	1.365	1.105	81,0
Sau khi tiếp xúc bệnh nhân	1.359	747	55,0
Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể	1.059	927	87,5
Sau môi trường xung quanh bệnh nhân	1.127	541	48,0

87,5% nhân viên y tế tuân thủ thời điểm sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể chiếm tỷ lệ cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Phân bố nghề nghiệp, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm (63%), bác sĩ và kỹ thuật viên chiếm số lượng, tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 122 (27%), 46 (10%). Kết quả trên đúng với cơ cấu, phân bố nhân lực hiện tại của bệnh viện.

Tỷ lệ điều dưỡng/bác sĩ tại Bệnh viện Sản Nhi là 2,3/1 cao hơn tỉ lệ điều dưỡng/bác sĩ tại Việt Nam hiện nay (1,57/1) nhưng chưa đạt chuẩn theo Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng – hộ sinh, giai đoạn 2002-2010 (trong đó quy định tỉ lệ này là 2,5 đến 3 điều dưỡng/bác sĩ) [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn nhân viên y tế nắm được kiến thức đúng và đầy đủ các thời điểm vệ sinh tay (93,0%), nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Trang (2017) tỷ lệ 94,7% [6]. Tỷ lệ nhân viên hiểu biết sai thường gặp một số nhân viên mới chưa được đào tạo nhân viên y tế chưa nhận thức đầy đủ tầm quan trọng của VST, chưa hiểu rõ các thời điểm cần vệ sinh tay.

Trong nghiên cứu tỷ lệ nhân viên y tế cho rằng vệ sinh tay bằng nước và xà phòng, và cho rằng hiệu quả tốt hơn sử dụng dung dịch chứa cồn 55,4%,Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Kiều Chí Thành (2013) tỷ lệ khá cao 79,11% [4]. Điều này cho thấy các nhân viên y tế vẫn chưa đánh giá đầy đủ về vai trò và hiệu quả của vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn.

Phần lớn nhân viên y tế hiểu biết đúng về việc sử dụng găng không thay thế được vệ sinh tay chiếm tỷ lệ 81,6%, tỷ lệ nhân viên y tế cho rằng mang găng có thể thay thê được vệ sinh tay chiếm 5,9%. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu khác của tác giả Kiều Chí Thành (2013) [4]: 30,81% nhân viên y tế cho rằng mang găng có thể thay thế được vệ sinh tay

Đa số nhân viên y tế nắm được thời gian tối thiểu vệ sinh tay là 30 giây chiếm tỷ lệ (94,3%). Nếu rửa tay quá nhanh, nhân viên y tế sẽ không tuân thủ đúng quy trình, theo các khuyến cáo của Bộ Y tế, thời gian cần thiết cho vệ sinh tay thường quy là 30 giây, điều này sẽ ảnh hưởng tới hiệu quả của thực hành vệ sinh tay trong chăm sóc người bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ quy trình vệ sinh tay là 72,5% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Cù Thù Hương (2019)[3]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ vệ sinh tay ở nhân viên y tế gồm thiếu phương tiện, thiếu kiến thức, thiếu nhân viên y tế (quá tải), lạm dụng găng, thiếu kiểm tra giám sát và thiếu các biện pháp tạo dựng thói quen vệ sinh tay.

Tỷ lệ rửa tay đúng quy trình 6 bước của nhân viên y tế lại đạt tỷ lệ rất thấp (38%). Việc tuân thủ các bước của quy trình vệ sinh tay nhằm đảm bảo cho các vùng da tay có khả năng gây bệnh cao nhất được ưu tiên rửa sạch, do đó thực hành về quy trình vệ sinh tay không tốt sẽ dẫn đến việc bỏ sót các bước, không phát huy được hiệu quả tối đa của việc vệ sinh tay trong kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cơ hội tuân thủ ở thời điểm vệ sinh tay sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể chiếm tỷ lệ cao nhất 87,5%, trước khi làm thủ thuật sạch/vô trùng chiếm tỷ lệ khá cao 81,0%, trước khi tiếp xúc với người bệnh tỷ lệ tuân thủ 63,5%, kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Phùng Văn Thủy tại Bệnh viện đa khoa Vĩnh Phúc năm 2014 với tỷ lệ lần lượt là 52%, 56,3% và 76,4% [5]. Sự khác nhau về tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo từng thời điểm cho thấy nhân viên y tế chỉ chú ý vệ sinh tay ở những thời điểm có nguy cơ lây nhiễm rõ ràng, có thể dẫn đến hậu quả xấu đối với người bệnh hoặc chính bản thân điều dưỡng và hộ sinh. Còn ở những cơ hội mà nguy cơ lây nhiễm không thấy rõ thì vệ sinh tay ít tuân thủ vệ sinh tay, như vậy sẽ dự báo một nguy cơ lây nhiễm chéo giữa các người bệnh với nhau do bàn tay của các nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn nhân viên y tế nắm được kiến thức đúng và đầy đủ các thời điểm vệ sinh tay (93,0%); hiểu biết đúng, nhưng chưa đầy đủ (5,5%). Tỷ lệ tuân thủ VST chung của NVYT là 72,5%, nhóm nhân viên y tế là điều dưỡng tuân thủ cao nhất đạt (75,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2002),** Quyết định số: 1613/2002/QĐ-BYT ngày 3 tháng 5 năm 2002 về việc phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng – hộ sinh giai đoạn 2002-2010.
2. **Bộ Y tế (2017),** "Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh".
3. **Cù Thu Hường (2019),** Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh tại một số khoa Bệnh viện Phụ sản trung Ương, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Kiều Chí Thành (2013),** " Đánh giá kiến thức và khảo sát sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại một số khoa lâm sang tại bệnh viện Quân y 103", Y học thực hành (874). Số (6/2013), tr 6-8.
5. **Phùng Văn Thủy (2014).** "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014", Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
6. **Trần Thị Thu Trang (2017),** "Đánh giá hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh" Thời sự Y học 12/2017, tr 56-59.
7. **WHO (2009).** "Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care", Geneva.
8. **World Health Organization (WHO) (2009),** "WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care". Geneva, Switzerland, pp. 6. 98-115

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Võ Mạnh Hùng*, Lê Thị Thu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sởi trẻ em tại khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng là tất cả BN được chẩn đoán bệnh sởi theo tiêu chuẩn của BYT 2014 được điều trị nội trú tại khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ 01/08/2018 đến 30/08/2019.

Kết quả: Có 168 BN thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu

Về đặc điểm dịch tễ: tỉ lệ nam/nữ = 1,2/1, độ tuổi thường gặp nhất là >24 tháng (trong đó không tiêm phòng chiếm 32,74%, có tiêm phòng chiếm 16,07%).

Về đặc điểm lâm sàng: Thời gian phát bệnh sởi chủ yếu <5 ngày (80,36%). Các biểu hiện lâm sàng khi nhập khoa: sốt (100%), ho (100%), chảy mũi nước (79,17%), viêm kết mạc mắt (82,14%), phát ban sởi điển hình (89,29%). Biến chứng hay gặp nhất của sởi là viêm phổi (73,81%).

Về đặc điểm cận lâm sàng: kết quả xét nghiệm CRP >30 mg/l (2,98%), tăng cao bạch cầu/máu > 10 G/L (11,31%).

Về kết quả điều trị: Bệnh nhân nặng biến chứng điều trị Immunoglobulin chiếm (7,74%), Thời gian điều trị <10 ngày (64,29%).

Kết luận: Biểu hiện lâm sàng bệnh sởi là các triệu chứng, sốt, ho, phát ban, viêm kết mạc là thường gặp, trẻ mắc sởi chủ yếu do chưa tiêm phòng, kết quả điều tri khả quan (82,14% khỏi hoàn toàn).

Từ khóa: sởi, bệnh nhiệt đới, Nghệ An, virus…

SUMMARY

STUDY OF THE EPIDEMIOLOGYCAL, CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF MEASLES TREATMENT IN CHILDREN AT THE DEPARTMENT OF TROPICAL DISEASES, NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Describe the epidemiological, clinical, and subclinical characteristics and results of measles treatment in children at the Department of Tropical Diseases, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Method: The study described cross-section, the object is that all patients diagnosed with measles according to Ministry Of Health standard 2014 were inpatient treatment at the Department of Tropical Diseases, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from August 1, 2018 to August 30, 2019.

Results: 168 cases were included in the survey.

**Khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Mạnh Hùng
Email: bshung28@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

Epidemiological characteristics: The proportion of male/female = 1.2/1, the most common age is >24 months (of which non-vaccination accounts for 32.74%, with vaccination accounts for 16.07%).

Clinical characteristics: time to develop measles mainly <5 days (80.36%). Clinical manifestations upon admission: Fever (100%), Cough (100%), nasal discharge (79.17%), Conjunctivitis (82.14%), Typical measles rash (89,29%). The most common complication of measles is pneumonia (73.81%).

About subclinical characteristics: CRP test results are high >30 mg/l (2.98%), high leukocyte changes in blood >10 G/L (11.31%). Patients with severe complication of immunoglobulin treatment (7.74%), duration of treatment <10 days (64.29%).

Conclusions: The clinical manifestations of measles are symptoms, fever, cough, rash, and conjunctivitis are common, children get measles mainly because they have not been vaccinated, with satisfactory treatment results (82.14% are completely recovered).

Key words: Measles virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do vi rút sởi gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi hay xảy ra vào mùa đông xuân. Mặc dù, đã được dự phòng bằng vắc xin nhưng bệnh vẫn chưa hoàn toàn được kiểm soát, có thể gây dịch và tử vong, đặc biệt với trẻ nhỏ.

Trong những năm gần đây, nhờ có những tiến bộ trong công tác chẩn đoán điều trị và công tác dự phòng nên tỷ lệ tử vong và di chứng của Sởi gần như rất hiếm.

Đặc biệt, công tác dự phòng trong đó tiêm vác xin sởi là vấn đề quan trọng góp phần giảm tỷ lệ mắc sởi cộng đồng.

Tuy nhiên, trong nhưng năm gần đây. Theo báo cáo của Cục Y tế dự phòng, tích lũy chín tháng đầu năm 2018, cả nước có 1.093 trường hợp mắc sởi dương tính tại 40 tỉnh, thành phố, trong đó có một ca tử vong tại Hưng Yên (trên bệnh nền viêm phổi kéo dài). Nghệ An năm 2018 dịch sởi xây ra trên dện rộng ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe của các cháu.

Trước sự gia tăng đột biến về số ca mắc và biến chứng do sởi trong năm 2018 và góp phần trong công tác phòng chống dịch sởi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sởi tại khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2018 – 2019".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sởi điều trị nội trú tại khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ 01/08/2018 đến 30/08/2019.

Bệnh nhân có một trong các triệu chứng lâm sàng:

Sốt ≥ 38,3^o C hoặc ban dát sẩn toàn thân tồn tại ≥ 3 ngày

Và kháng thể kháng vi rút sởi IgM dương tính (từ ngày thứ 3 sau khi phát ban) bằng kỹ thuật ELISA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thu thập thông tin dựa vào hồ sơ bệnh án theo mẫu chung.

Bệnh nhân có biểu hiệu cấp tính các đặc điểm sau: Ban dát sẩn toàn thân tồn tại ≥ 3 ngày và sốt ≥ 38,3^o C và ho, chảy mũi, viêm kết mạc (dấu hiệu 3C) thì được làm xét nghiệm ELISA sởi phân lập virus.

Bệnh nhân được loại trừ khi kết qủa phân lập ELISA virus sởi âm tính.

Số liệu được xử lý theo phương pháp thông kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Dịch tế học. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 168 bệnh nhân được phân lập virus sởi dương tính.

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 9 tháng	23	13,69
9-24 tháng	63	37,50
> 24 tháng	82	48,81
Tổng	**168**	**100**

Nhận xét: trẻ mắc bệnh sởi chiếm đa số nhóm tuổi > 24 tháng (48,81%).

Bảng 2. Phân bố theo giới tính

Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	91	54,17
Nữ	77	45,83
Tổng	**168**	**100**

Nhận xét: trẻ nam mắc sởi chiếm tỉ lệ cao hơn trẻ nữ mắc sởi là 54,17%.

Bảng 3. Phân bố theo địa dư

STT	Địa dư	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Thành phố Vinh	73	43,45
2	Ngoài thành phố Vinh	84	50,00
3	Ngoài tỉnh Nghệ An	11	6,55
	Tổng	168	100

Nhận xét: chủ yếu trẻ mắc sởi nằm trên địa bàn thành phố Vinh chiếm 43,45%.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng tiêm phòng và địa dư

Địa dư	Tiêm phòng sởi		Tổng
	Có	Không	
Thành phố Vinh	17 (10,12%)	56 (33,33%)	73 (43,45%)
Ngoài thành phố Vinh	18 (10,72%)	66 (39,28%)	84 (50%)
Ngoài tỉnh Nghệ An	4 (2,38%)	7 (4,17%)	11 (6,55%)
Tổng	**39 (23,21%)**	**129 (76,78%)**	**168 (100%)**

Nhận xét: 33,33% trẻ ở thành phố Vinh không được tiêm phòng sởi.

Bảng 5. Tiền sử tiêm chủng vắc xin sởi

Tiền sử tiêm chủng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có (n=39)	Tiêm mũi 1	28	16,67
	Tiêm mũi 2	11	6,55
Không (n=129)	Chưa được tiêm	106	63,09
	Không rõ	23	13,69
Tổng		**168**	**100**

Nhận xét: trẻ mắc sởi chủ yếu chưa được tiêm phòng vắc xin sởi (63,09%).

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng tiêm phòng và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tiêm phòng sởi		Tổng
	Có	Không	
< 9 tháng	1 (0,59%)	22 (13,10%)	23 (13,69%)
9 – 24 tháng	11 (6,55%)	52 (30,94%)	63 (37,50%)
> 24 tháng	27 (16,07%)	55 (32,74%)	82 (48,81%)
Tổng	**39 (23,21%)**	**129 (76,78%)**	**168 (100%)**

Nhận xét: trẻ mắc sởi không được tiêm phòng chủ yếu ở nhóm tuổi 9-24 tháng (30,94%) và nhóm trên 24 tháng tuổi (32,74%).

3.2. Lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 7. Triệu chứng lâm sàng bệnh sởi

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	168	100
Ho	168	100
Chảy mũi nước	133	79,17
Viêm kết mạc mắt	138	82,14
Dấu hiệu Koplik (+)	122	72,62
Phát ban sởi điển hình	150	89,29
Phát ban sởi không điển hình	18	10,71

Nhận xét: 100% trẻ mắc sởi đều sốt và ho. Các triệu chứng hay gặp khác: phát ban sởi điển hình (89,29%), viêm kết mạc mắt (82,14%), chảy mũi nước (79,17%).

Bảng 8. Biến đổi bạch cầu máu

Bạch cầu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BC < 5 G/L	27	16,07
BC 5 – 10 G/L	122	72,62
BC > 10 G/L	19	11,31
Tổng	**168**	**100**

Nhận xét: đa số trẻ mắc sởi xét nghiệm máu có bạch cầu máu từ 5-10 G/L (72,62%).

Bảng 9. Kết quả xét nghiệm CRP

CRP máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CRP < 5 mg/l	54	32,14
CRP 5 – 30 mg/l	109	64,88
CRP > 30 mg/l	05	2,98
Tổng	168	100

Nhận xét: đa số trẻ mắc sởi xét nghiệm máu có CRP từ 5-30 mg/l (64,88%).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 10. Điều trị Immunoglobulin trong bệnh sởi

Immunoglobulin		**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ (%)**	
Có	Viêm phổi nặng	10	5,95	7,74
	Viêm não	03	1,79	
Không		155	92,26	
Tổng		**168**	**100**	

Nhận xét: 7,74% trẻ mắc bệnh sởi nặng phải điều trị Immunoglobulin.

Bảng 11. Đánh giá kết quả điều trị bệnh sởi

Kết quả điều trị	**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ (%)**
Khỏi bệnh	138	82,14
Đỡ, giảm	27	16,07
Không thay đổi	0	0
Nặng hơn	03	1,79
Tử vong	0	0
Tổng	168	100

Nhận xét: 82,14% trẻ mắc sởi điều trị khỏi bệnh. Không có trường hợp trẻ nào tử vong.

Bảng 12. Liên quan giữa biến chứng bệnh sởi và tiền sử tiêm phòng

Tiền sử tiêm phòng	**Biến chứng**		**p**
	Có (n=147)	Không (n=21)	
Có	30 (17,86%)	9 (5,36%)	< 0,05
Không	117 (69,64%)	12 (7,14%)	
Tổng	**168 (100%)**		

Nhận xét: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử tiêm phòng giữa nhóm sởi có biến chứng và nhóm sởi không có biến chứng (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Dịch tễ

Trẻ mắc bệnh sởi chiếm đa số nhóm tuổi > 24 tháng (48,81%) và trẻ mắc sởi chưa được tiêm phòng vắc xin sởi chiếm 63,09%. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới [4] cũng như của chương trình tiêm chủng tại Việt Nam [1], việc tiêm phòng sởi chỉ nên áp dụng cho trẻ từ 09 tháng tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh sởi

Thời gian toàn phát bệnh sởi chủ yếu < 5 ngày (80,36%) và thời gian toàn phát được tính từ lúc bắt đầu phát ban.Theo nghiên cứu của Trương Công Đầy, thời gian toàn phát bệnh sởi chiếm 63,60% [3].

Trong nghiên cứu có 100% trẻ mắc sởi đều sốt và ho. Các triệu chứng hay gặp khác: phát ban sởi điển hình (89,29%), viêm kết mạc mắt (82,14%), chảy mũi nước (79,17%), Koplik (72,62%) tương tự nghiên cứu của Trương Công Đầy đều có sốt [3]. Đối tượng nghiên cứu tương đối có đầy đủ các triệu chứng điển hình của bệnh sởi: sốt, ban, ho, chảy mũi nước, viêm kết mạc hay dấu Koplik có trong giao đoạn sớm của bệnh sởi.

Điều này được giải thích do giai đoạn này nghiên cứu đang trong vụ dịch sởi nên được truyền thông rộng rãi đến tận các xã, phường, trường học. Vì vậy, những trẻ bắt đầu có dấu hiệu sốt kèm theo phát ban sẽ được đưa sớm tới trung tâm y tế, bệnh viện. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế, ngoài xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán, các xét nghiệm thường được áp dụng trên lâm sàng là xét nghiệm công thức máu và các xét nghiệm phát hiện biến chứng như CRP, chụp X quang phổi, chọc dò dịch não tủy khi có nghi ngờ biến chứng. Trẻ mắc sởi xét nghiệm máu có giá trị CRP từ 5-30 mg/l chiếm chủ yếu là 64,88% và đặc biệt giá trị CRP > 30 mg/l chiếm 2,98%. Những trường hợp giá trị CRP tăng cao trên 30 mg/l là những trường hợp trẻ mắc sởi có biến chứng viêm phổi nặng hoặc viêm phổi.

4.3. Điều trị

Nghiên cứu cho thấy thời gian điều trị trẻ mắc sởi thường dưới 10 ngày (64,29%). Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trương Công Đầy với số ngày nằm điều trị chủ yếu 6,2 ± 2,4 ngày [3]. Trong 168 ca mắc sởi có 82,14% trẻ điều trị khỏi bệnh và không có trường hợp trẻ nào tử vong, Có 7,74% trẻ mắc bệnh sởi nặng phải điều trị Immunoglobulin, biến chứng viêm phổi hay gặp nhất chiếm 73,81%, viêm tai giữa cấp chiếm 58,33%, trong đó có 03 ca viêm não (chiếm 1,79%).

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy:

Dịch tế:Trẻ mắc bệnh sởi chiếm đa số nhóm tuổi > 24 tháng (48,81%), tỉ lệ nam cao hơn trẻ nữ là 54,17%, Chủ yếu chưa được tiêm phòng vắc xin sởi (63,09%).

Biểu hiện lâm sang, cận lâm sàng: 100% trẻ mắc sởi đều sốt và ho. Các triệu chứng hay gặp khác: phát ban sởi điển hình (89,29%), viêm kết mạc mắt (82,14%), chảy mũi nước (79,17%). Xét nghiệm máu có CRP từ 5-30 mg/l (64,88%).

Kết quả điều trị: 82,14% trẻ mắc sởi được điều trị khỏi hoàn toàn. Không có trường hợp trẻ nào tử vong, Biến chứng viêm phổi là hay gặp nhất chiếm (73,81%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014),** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi.
2. **CDC (2013),** "Progress in Global Measles Control, 2000–2010",. Morbidity and Mortality Weekly Report 2012, 61(04), p.73-78.
3. **Trương Công Đầy (2014),** "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sởi tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ 01/01/2014 đến 01/10/2014", Y học dự phòng, số 805, trang 135-136
4. **CDC (2008),** "Update: measles--United States, January-July 2008", MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 57(33),p. 893-896.
5. **WHO (2014),** "Weekly epidemiological record", No 6, p. 45-52.
6. **Cherry J D. (2014),** "Mealses Virus", Feigin and Cherry's textbook of Pediatric Infectious Diseases, seventh edition, Elsevier, Philadelphia, II, p. 2378.
7. **Sniadack D H., Jorge Mendoza-Aldana (2012),** "Epidemiology of a Measles Epidemic in Vietnam 2008–2010", The Journal of infectious diseases, 204, p.476-482.
8. sles Epidemic in Vietnam 2008–2010", The Journal of infectious diseases, 204, p.476-482.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THỦNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đậu Huy Hoàn[1], Tăng Huy Cường[2], Đinh Văn Chiến[2], Đặng Đình Khoa[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thủng dạ dày tá tràng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 109 trường hợp thủng dạ dày tá tràng được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 01/2018 đến 01/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,52 ± 16,41(23-97) tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2,76/1. Chỉ số ASA 1 chiếm 55,8%, ASA 2 chiếm 22,9%, ASA 3 chiếm 14,7%. 69,8% được chỉ định mổ nội soi trong đó có 11,9% phải chuyển sang mổ mở. Thời gian mổ nội soi trung bình là 70,1 ± 13,2 phút, mổ mở là 80,5 ± 15,2 phút. Thời gian nằm viện trung bình: mổ mở 9,4 ± 2,61 ngày, mổ nội soi 8,2 ± 0,85 ngày. Không có trường hợp nào có tai biến trong mổ, có 17,4% biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị thủng dạ dày tá tràng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tai biến chứng thấp, thời gian phẫu thuật và nằm viện sau mổ ngắn.

Từ khoá: Thủng dạ dày tá tràng.

SUMMARY

OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT FOR GASTRODUODENAL PERFORATION AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcome of surgical treatment for gastroduodenal perforation. **Methods:** A retrospective cross-sectional study on 109 patients suffering from gastroduodenal perforation at Nghe An Friendship General Hospital from January 2018 to January 2019. **Results:** The mean age was 55.52 ± 16.41 (23 - 97) years. Male/female ratio was 2,76/1. Patients were classified as ASA 1, ASA 2 and ASA 3 in 55.8%, 22.9%, and 14.7% of cases, respectively. The proportion of laparoscopic surgery accounted for 69,8%, conversion to open surgery occurred in 11,9% of them. The mean operating time of laparoscopic surgery was 70.1 ± 13.2 minutes and of open surgery was 80.5 ± 15.2 minutes. The mean period of hospitalization of laparoscopic surgery patients was 8.2 ± 0.85 days and of open surgery patients was 9.4 ± 2.61 days. There was no intra-operative complications, post-operative complications' rate was 17.4%. **Conclusions:** Surgical treatment for gastroduodenal perforation is a safe and effective procedure with low risk of complications, the operating time and the period of hospitalization were short.

Keywords: gastroduodenal perforation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc do thủng loét dạ dày tá tràng là một biến chứng thường gặp của bệnh loét dạ dày tá tràng. Đây là một bụng cấp ngoại khoa đứng hàng thứ ba trong cấp cứu

[1]*Sở Y Tế Nghệ An,*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Đậu Huy Hoàn
Email: Drhuyhoan@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

bụng ngoại khoa [1]. Có nhiều phương pháp điều trị điều trị thủng dạ dày tá tràng từ điều trị nội khoa bảo tồn đến phẫu thuật như cắt dạ dày cấp cứu, khâu lỗ thủng nội soi đơn thuần kết hợp điều trị HP [2]. Hiện nay phẫu thuật nội soi đã thâm nhập vào nhiều lĩnh vực trong phẫu thuật đường tiêu hoá kể cả những phẫu thuật cấp cứu. Trong những năm qua đã có sự bùng nổ về việc sử dụng phẫu thuật nội soi do việc chăm sóc hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian nằm viện ngắn, đạt yêu cầu thẩm mỹ.

Điều trị bệnh lý thủng dạ dày tá tràng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trang thiết bị bệnh viện, hồi sức sau mổ, kinh nghiệm bác sĩ điều trị và nhiều yếu tố khác. Việc nghiên cứu thủng ổ loét dạ dày tá tràng được thực hiện ở nhiều nơi, song ở Nghệ An có ít công trình nghiên cứu, đây là cơ sở để chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thủng dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân (BN) bị thủng dạ dày tá tràng (DDTT) được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa (HNĐK) Nghệ An bắt đầu từ tháng 01/218 đến 1/2019.

2.3. Tiêu chí chọn bệnh: Tất cả các BN được chẩn đoán thủng loét dạ dày tá tràng và phẫu thuật tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An.

2.4. Tiêu chí loại trừ: Không đủ các tiêu chuẩn trên, những trường hợp chẩn đoán thủng tạng rỗng có chỉ định phẫu thuật nhưng gia đình bệnh nhân xin về.

2.5. Xử lý số liệu: trên phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2018 đến 1/2019, chúng tôi điều trị được 109 BN bị thủng DDTT, tuổi trung bình lả 55,52; cao nhất là 97, thấp nhất là 23 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,76/1; BN chủ yếu sống ở nông thôn (87,2%).

Bảng 1: Thời gian khởi bệnh đến lúc vào viện

Thời gian	Số BN	Tỉ lệ %
< 6h	24	22,4
6h-12h	30	28
12h – 24h	24	22,4
24h – 48h	20	20,7
> 48h	7	6,5
Tổng	**109**	**100**

Đa số các bệnh nhân đều nhập viện sớm trong vòng 24h sau khi xuất hiện triệu chứng đau bụng.

Bảng 2: Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh trước phẫu thuật

Chỉ số	Số BN	Tỉ lệ %
ASA1	64	55,8
ASA2	25	22,9
ASA3	16	14,7

Tình trạng sức khỏe người bệnh trước phẫu thuật chủ yếu là ASA1.

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Tiền sử loét	63	57,8
Sốt	48	44,0
Liềm hơi trên XQ	91	83,5
Siêu âm có dịch	97	89,0
Siêu âm có hơi	94	86,2

57,8% BN có tiền sử loét dạ dày, 44 có triệu chứng sốt. 83,5% có liềm hơi dưới hoành, siêu âm: 86,2% có hơi tự do và 89% có dịch tự do trong ổ bụng.

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phẫu thuật nội soi	63	57,8
Mổ mở	46	42,2
Tổng	**109**	**100**

Thời gian mổ nội soi trung bình là 70,1 ± 13,2 phút, ngắn nhất là 55 phút và dài nhất là 115 phút. Thời gian mổ mở trung bình là 80,5 ± 15,2 phút, ngắn nhất là 65 phút và dài nhất là 125 phút. Tỷ lệ mổ nội soi chuyển mổ mở chiếm tỷ lệ 11,9%.

Bảng 5: Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Biến chứng	Phương pháp điều trị		Tổng
	Mổ mở	Mổ nội soi	
Tai biến trong mổ	0	0	0 (0,0%)
Nhiễm trùng vết mổ	11 (10,1%)	0	11 (10,1%)
Áp xe tồn dư	1 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)
Bục vết mổ	1 (0,9%)	0	1(0,9%)

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 17,4%; trong đó mổ mở tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 10,1%, áp xe tồn dư và bục vết mổ là 1,8%, nặng về 4,6%. Mổ nội soi chỉ có 1 (0,9%) trường hợp bị áp xe tồn dư sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình: mổ mở 9,4 ± 2,61 ngày, mổ nội soi 8,2 ± 0,85 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 01/2018 đến 01/2019 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, chúng tôi đã điều trị thủng dạ dày tá tràng được 109 trường hợp, trong đó có 46 trường hợp mổ mở, 63 trường hợp phẫu thuật nội soi. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 55,52 ± 16,41, tuổi nhỏ nhất 23, lớn nhất 97 tuổi. Tỷ lệ nam/ nữ 2,76/1. Tình trạng viêm loét dạ dày tá tràng cũng đang có xu hướng gia tăng ở những người trẻ tuổi, phải chăng việc lạm dụng bia rượu và áp lực công việc là yếu tố thuận lợi gây ra tình trạng viêm loét này. 57,8% BN tiền sử loét được ghi nhận, như vậy gần một nửa số bệnh nhân có bệnh viêm loét dạ dày tá tràng

âm thầm trước đó mà BN hoàn toàn không hay biết. Tỉ lệ này là 52,2% trong báo cáo Hồ Hữu Thiện [3] và 61,2% của Trần Thiện Trung [4]. Bệnh cảnh lâm sàng của các BN trong lô nghiên cứu của chúng tôi như đau bụng, cảm ứng phúc mạc, gồng cứng đề kháng, bạch cầu tăng biểu hiện nhiễm trùng đều xuất hiện rõ rệt như các triệu chứng kinh điển của viêm phúc mạc do thủng dạ dày tá tràng. Siêu âm phát hiện hơi trong ổ bụng là 86,2% trong khi đó XQ cho thấy liềm hơi dưới hoành là 83,5% trường hợp. Như vậy về phương diện CLS thì XQ và siêu là xét nghiệm có độ nhạy rất cao, có thể sử dụng để chẩn đoán thủng DDTT.

Chỉ định điều trị khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi liên quan đến thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện thay đổi tùy theo giai đoạn. Trong giai đoạn đầu, các tác giả chỉ mổ nội soi ở những bệnh nhân đến sớm. Về sau, chỉ định ngày càng được mở rộng hơn. Nhiều nghiên cứu cho thấy PTNS điều trị thủng ổ loét tá tràng có thể áp dụng được đối với những bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện >24 giờ [5]. Thậm chí một số tác giả vẫn áp dụng PTNS khâu lỗ thủng với những BN có thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện > 48 giờ, tuy vậy BN đến muộn sau 48 giờ có nguy cơ biến chứng cao gấp 11 lần so với nhóm đến trước 48 giờ. Cho đến nay đã có nhiều thang điểm trước mổ giúp tiên lượng nguy cơ biến chứng và tử vong đối với BN thủng ổ loét tá tràng như chỉ số ASA, chỉ số Boey. Tỷ lệ biến chứng, tử vong, chuyển từ nội soi sang mổ mở tăng dần theo chỉ số ASA và Boey đã được chứng minh với nhiều công trình nghiên cứu [6], tuy nhiên với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, cũng như sự lớn mạnh của đội ngũ phẫu thuật viên với mức độ thao tác ngày càng hoàn thiện theo thời gian, chúng ta có thể mở rộng chỉ định phẫu thuật nội soi cho những trường hợp có chỉ số ASA III.

Thời gian phẫu thuật trung bình mổ nội soi 70,1 ± 13,2 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 55 phút và dài nhất là 115 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở 80,5 ± 15,2 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 65 phút và dài nhất là 125 phút. Chúng tôi nhận thấy mức độ viêm phúc mạc ảnh hưởng rất lớn đến thời gian phẫu thuật. Theo nhiều tác giả khác nhau thì thời gian phẫu thuật cũng khác nhau [3], [4]. Chúng tôi ghi nhận thời gian mổ phụ thuộc vào trình độ kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tình trạng nhiễm bẩn trong xoang bụng do bệnh nhân đến muộn sẽ làm cho cuộc mổ kéo dài do phải mất thời gian rửa bụng. Ngoài ra thời gian mổ kéo dài còn do ảnh hưởng của tổng trạng bệnh nhân, các dụng cụ dùng trong mổ và cả sự phối hợp ăn ý của cả ê kíp. Chúng tôi thấy rằng, cùng với thời gian thì tay nghề của các phẫu thuật viên được nâng lên, thì thời gian phẫu thuật sẽ được rút ngắn lại.

Chỉ định mổ nội soi từ đầu hay mổ mở từ đầu chúng tôi đánh giá phụ thuộc nhiều yếu tố: tuổi, tiền sử bệnh phối hợp, toàn trạng bệnh nhân, thời gian từ lúc đau tới lúc mổ, mức độ viêm phúc mạc… Cho đến nay, ngoài bệnh nhân có các chống chỉ định PTNS như có các bệnh lý nội khoa nặng kèm theo (ASA ≥ 4), các chỉ định mổ mở gồm: chỉ số Boey bằng 3 [6], tình trạng tắc ruột quá nặng nề, bụng chướng nhiều, tình trạng sốc không bù được [7]. Một số chống chỉ

định khác còn bàn cãi như tuổi >70; thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện >24 giờ [3] hay thời gian khởi phát đến khi nhập viện >24 giờ [7]. Tuy nhiên, đến nay nhiều tác giả vẫn chỉ định mổ nội soi ở BN >70 tuổi [7] hoặc chỉ định mổ nội soi ở những BN đến muộn sau 24 giờ, thâm chí sau 48 giờ.

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 17,4%. Trong đó mổ mở tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 10,1%, áp xe tồn dư và bục vết mổ là 1,8%, nặng về 4,6%. Mổ nội soi chỉ có 1 (0,9%) trường hợp bị áp xe tồn dư sau mổ. Tỷ lệ tử vong ở các BN thủng ổ loét tá tràng tăng theo chỉ số Boey, đặc biệt ở các BN có chỉ số Boey 3, ngoại trừ trong nghiên cứu của Porecha và cs [8] tỷ lệ tử vong là 38%; còn trong nghiên cứu của Boey và cs [6] cho thấy các BN có chỉ số Boey 3 đều tử vong 100%. Tác giả Lunevicius [7] lý giải tỷ lệ tử vong ở những BN có chỉ số Boey 3 thấp hơn là nhờ những tiến bộ trong lĩnh vực gây mê hồi sức.

Thời gian nằm viện trung bình mổ mở 9,4 ± 2,61 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày và dài nhất là 21 ngày. Thời gian nằm viện trung bình mổ nội soi 8,2± 0,85 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày và dài nhất là 12 ngày. Theo Lunevicius [7], thời gian nằm viện trung bình của nhóm mổ nội soi ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ mở.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị thủng dạ dày tá tràng là phương pháp an toàn và hiệu quả tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, thời gian phẫu thuật và nằm viện ngắn, tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiện Trung (2008),** Thủng loét dạ dày tá tràng, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Đại học Y dược TP.HCM. Nhà xuất bản Y học, tr. 59-80.
2. **Hà Văn Quyết (2002),** "Kết quả phẫu thuật khâu thủng ổ loét hành tá tràng đơn thuần và kết hợp điều trị nội khoa". Tập san ngoại khoa số 1, tr. 26-30.
3. **Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Tô Văn Tánh, Phan Hải Thanh, Lê Lộc, Phạm Anh Vũ, Phạm Văn Lình (2018),** "Xu hướng phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày tá tràng hiện nay". Tạp chí Y Học Lâm sàng số 44/2018, Bệnh viện trung ương Huế, tr. 63-69.
4. **Trần Thiện Trung (2008),** Thủng loét dạ dày tá tràng, Đại học Y dược TP.HCM. Nhà xuất bản Y học, tr. 59-80.
5. **Cohen M. M. (1971),** "Treatment and mortality of perforated peptic ulcer: A survey of 852 cases", C.M.A Journal, Vol. 105, pp265-282.
6. **Boey J., Choi S. K.L., Alagaratnam T.T., Poon A. (1987),** "Risk stratification in perforated duodenal ulcers a prospective validation of preditive factor", Ann Surg, vol. 205, (1), pp. 22-26
7. **Lunevicius R., Morkevicius M. (2005),** "Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer", British Fournal of Surgery, 92" 1195-1207.
8. **Porecha M. M., Mehta S. G., Udani D. L. Mehta P. J., Patel K., Nagre S. (2008),** "Comparative Study of Laparoscopic Versus Open Peptic Perforation Closure", The Internet of Surgery., Vol. 17, pp 46-53.

CHẢY MÁU RUỘT THỪA HIẾM GẶP

Đậu Huy Hoàn[1], Đoàn Phong Lê[2], Đinh Văn Chiến[2], Nguyễn Tiến Thành[2]

TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính liên quan đến ruột thừa rất hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo về một bệnh nhân nam 33 tuổi bị xuất huyết do chảy máu ruột thừa đơn độc. Bệnh nhân được nhập viện với triệu chứng đi ngoài ra máu, và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng xác định thoát chất cản quang ở trong lòng của ruột thừa. Nội soi cấp cứu sau đó xác định máu đang chảy từ lỗ gốc ruột thừa. Bệnh nhân được điều trị thành công bằng phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi và không có chảy máu tái phát sau phẫu thuật. Kiểm tra bằng kính hiển vi cho thấy niêm mạc ruột thừa bị ăn mòn, thâm nhiễm viêm khu trú và mạch máu dưới niêm mạc bình thường, không thấy có dị dạng mạch máu.

Từ khóa: Chảy máu ruột thừa

SUMMARY

APPENDICEAL BLEEDING IN RARE CLINICAL CASES

Acute lower gastrointestinal hemorrhage associated with the appendix is rare. We report on a 33-year-old male patient who presented with hematochezia from solitary appendiceal bleeding. The patient was admitted to our hospital with hematochezia, and abdominal computed tomography identified active contrast leakage in the appendix. During a subsequent urgent colonoscopy, active bleeding in the appendiceal orifice was identified. The patient was successfully treated with a laparoscopic appendectomy and hematochezia did not recur postoperatively. Microscopic examination revealed an eroded appendiceal mucosa, focal inflammatory infiltrates, and a normal submucosal vessel without evidence of vascular malformation.

Keywords: Appendiceal bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

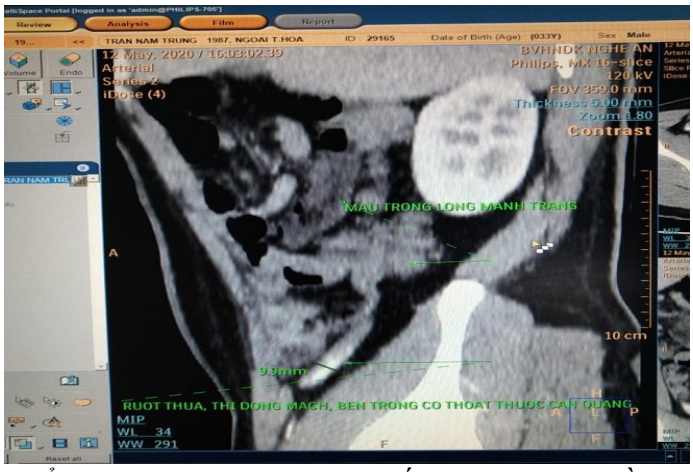
Xuất huyết tiêu hóa dưới là một bệnh phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi. Các nguồn phổ biến của xuất huyết tiêu hóa dưới bao gồm bệnh mạch máu, bệnh Crohn, bệnh ung thư, bệnh viêm ruột, bệnh trĩ và viêm đại tràng thiếu máu cục bộ. Xuất huyết tiêu hóa dưới phát sinh từ ruột thừa là một tình trạng cực kỳ hiếm gặp. Chảy máu cấp tính ở đường tiêu hóa dưới (GIT) đôi khi rất khó phát hiện và có khoảng 10% bệnh nhân như vậy, nguồn chảy máu không được xác ngay cả khi được đánh giá một cách toàn diện [1]. Các nguồn phổ biến của xuất huyết tiêu hóa dưới bao gồm bệnh mạch máu, bệnh Crohn, bệnh ung thư, bệnh viêm ruột, bệnh trĩ và viêm đại tràng thiếu máu cục bộ [2]. Chảy máu đường tiêu hóa dưới cấp tính liên quan đến ruột thừa là rất hiếm và có thể khó đánh giá và chẩn đoán trước phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo về một bệnh nhân bị chảy máu và được điều trị thành công bằng phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi. Chẩn đoán được thực hiện bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính ổ bụng 64 dãy (MSCT64). Sau đó đươc nội soi đại

[1]Sở Y Tế Nghệ An,
[2]Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Đậu Huy Hoàn
Email: Drhuyhoan@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020
Ngày duyệt bài: 27.11.2020

tràng cấp cứu, xác định máu đang chảy qua lỗ gốc ruột thừa. Đánh giá mô học cho thấy có sự ăn mòn niêm mạc với thâm nhiễm viêm khu trú và xuất huyết tổ chức bên trong ruột thừa.

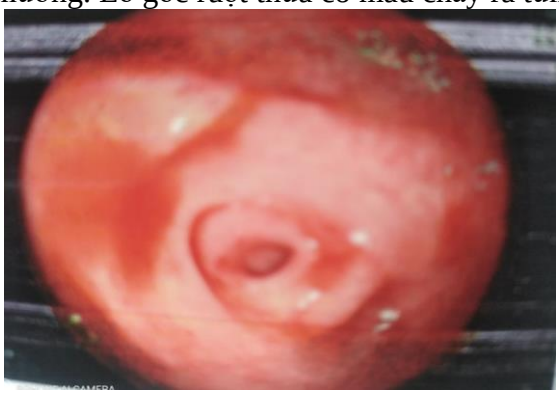
II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 33 tuổi được nhập viện với triệu chứng đột ngột đi ngoài ra máu 3 ngày. Bệnh nhân không có tiền sử đau bụng, buồn nôn, nôn, sử dụng thuốc chống viêm không steroid hoặc tiền sử xuất huyết tiêu hóa. Tại thời điểm nhập viện bệnh nhân có mạch, huyết áp trong phạm vi bình thường. Khám lâm sàng cho thấy bệnh nhân bụng mềm, không đau và âm ruột bình thường. Thăm trực tràng có ít máu theo găng, không có u trực tràng. Xét nghiệm máu cho thấy mức hematocrit là 38,8%, số lượng tiểu cầu bình thường và prothrombin bình thường và thời gian thromboplastin một phần. Chụp cắt lớp 64 dãy xác định có tình trạng thoát chất cản quang vào trong lòng của ruột thừa; độ dày của thành ruột thừa nằm trong phạm vi bình thường, không có dày thành manh tràng bất thường.



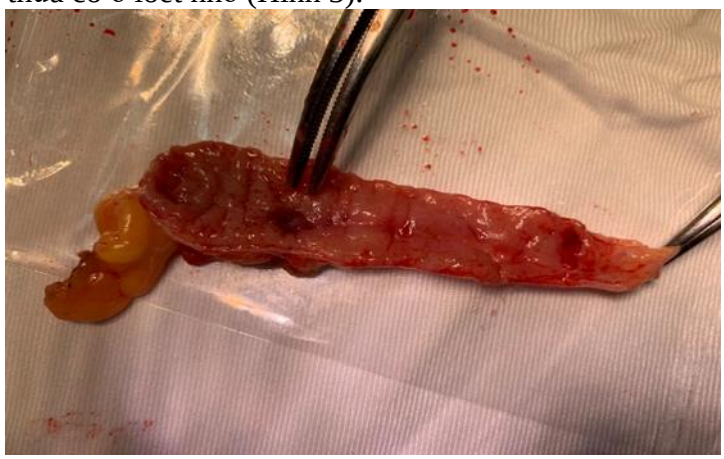
***Hình 1**. Chụp cắt lớp ổ bụng dãy xác định thoát chất cản quang ở phần xa của ruột thừa, máu đọng trong đáy manh tràng; độ dày của thành ruột thừa nằm trong phạm vi bình thường.*

Trong quá trình nội soi đại tràng cấp cứu sau đó, quan sát thấy dọc khung đại tràng có nhiều máu đỏ tươi lẫn máu cục nhưng niêm mạc của toàn bộ đại tràng, trực tràng và đoạn cuối hồi tràng cuối bình thường. Lỗ gốc ruột thừa có máu chảy ra từng đợt.



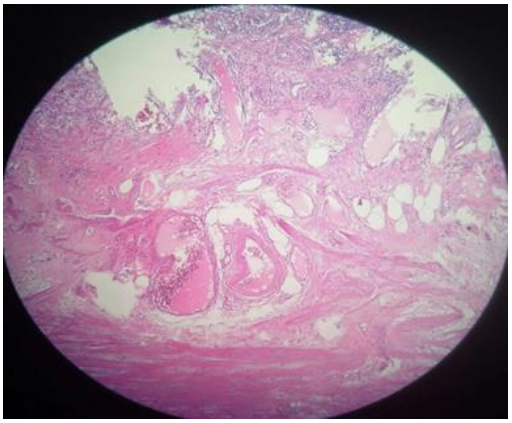
Hình 2 Hình ảnh nội soi của manh tràng và lỗ ruột thừa

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng. Ruột thừa có hình thái bình thường, đường kính chỗ lớn nhất 6 mm và chiều dài 70 mm. Về mặt đại thể, niêm mạc ở phần giữa của ruột thừa có ổ loét nhỏ (Hình 3).



Hình 3. Về mặt đại thể, niêm mạc ở phần giữa của ruột thừa có ổ loét nhỏ.

Kiểm tra bằng kính hiển vi cho thấy niêm mạc ruột thừa bị ăn mòn với thâm nhiễm viêm khu trú (Hình 4),



***Hình 4**. Kiểm tra bằng kính hiển vi cho thấy niêm mạc ruột thừa bị ăn mòn với thâm nhiễm viêm khu trú.*

Bệnh nhân đã được xuất viện mà không có thêm các đợt chảy máu sau phẫu thuật và không bị chảy máu trong vòng 2 tháng sau khi xuất viện.

III. THẢO LUẬN

Chảy máu GIT dưới được định nghĩa là chảy máu xảy ra dưới dây chằng Treitz và bao gồm khoảng 20% của tất cả các dạng chảy máu GIT. Xuất huyết tiêu hóa dưới có xu hướng xảy ra ở bệnh nhân nam cao tuổi, với sự gia tăng gấp 200 lần ở những người 80 tuổi so với nam giới ở độ tuổi 20 [3]. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong khoảng từ 63 đến 77 tuổi. Khoảng 80% các trường hợp xuất huyết tiêu hóa dưới có nguồn gốc đại trực tràng. Nhiều bệnh nội khoa có thể gây xuất huyết tiêu hóa dưới, trong đó có bệnh túi thừa, trĩ, tân sinh, dị dạng mạch máu, polyp đại tràng, viêm đại tràng thiếu máu cục bộ và viêm là những nguyên nhân phổ biến nhất [4]. Cho đến nay chỉ có một vài trường hợp được báo cáo trong tài liệu tiếng Anh [5]

Bảng 1. Các báo cáo về chảy máu ruột thừa.

Tác giả công bố	Tuổi/ giới	Phương pháp	Mô bệnh học
Morales et al (1997) [3]	60/M	CRTNS	Viêm ruột thừa
Kyokane et al (2001) [4]	76/F	CRT	Loạn sản mạch máu
Lima et al (2004) [5]	16/M	CRT	Bệnh Crohn
Seong Kyu Baek (2010) [6]	42/ M	CRTNS	Loét niêm mạc
Yamazaki et al (2010) [7]	53/F	CRTNS	Viêm ruột thừa
Chúng tôi (2020)	33/M	CRTNS	Loét niêm mạc

M: Nam; F: Nữ; CRT: Cắt ruột thừa mở; CRTNS, Cắt ruột thừa nội soi.

Chúng tôi báo cáo về một trường hợp xuất huyết cực kỳ hiếm gặp từ ruột thừa. Xuất huyết từ ruột thừa chỉ được báo cáo trong 14 trường hợp (bao gồm cả trường hợp của chúng tôi). Đây là trường hợp thứ ba được báo cáo về xuất huyết từ ruột thừa gây viêm ruột thừa cấp tính. Trong 6 trong số 14 trường hợp, chảy máu từ lỗ ruột thừa được xác định bằng nội soi trước phẫu thuật, như trong trường hợp của chúng tôi [8].

Một số phương pháp chẩn đoán cho chảy máu GIT đã được phát triển, như chụp mạch máu nội tạng, xạ hình tế bào hồng cầu có nhãn Technetium99m và nội soi đại tràng. Chụp mạch máu nội tạng cấp cứu đã được báo cáo để phân định nguồn gốc của chảy máu nhưng có phạm vi nhạy cảm hạn chế. Chụp động mạch vẫn là lựa chọn tốt nhất ở bệnh nhân không ổn định và cũng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và thuyên tắc khi nội soi đại tràng cho thấy kết quả âm tính hoặc không khả thi. Mặc dù nội soi đại tràng là một phương pháp phụ thuộc vào người làm , nó được ưu tiên để chẩn đoán chảy máu GIT thấp sau khi thăm khám ban đầu. Tuy nhiên, do chuẩn bị ruột không đầy đủ, thường không thể xác định được nguồn gốc của chảy máu. Nếu lên kế hoạch phẫu thuật ở bệnh nhân đang chảy máu ồ ạt , nội soi đại tràng cấp cứu thường đưa ra chẩn đoán và điều trị cụ thể. Chụp động mạch nội tạng và nội soi đại tràng là những phương pháp hiệu quả và bổ sung cho nhau để đánh giá bệnh nhân bị chảy máu. Tuy nhiên, cả hai phương thức đều tương đối xâm lấn. Chụp cắt lớp ổ bụng đa lát cắt đã được đề xuất như một phương thức chẩn đoán cho chảy máu GIT thấp. Do đó, MSCT64 có thể được coi là một công cụ chẩn đoán hàng đầu trong chảy máu GIT dưới cấp tính. MSCT64 không xâm lấn và có thể phát hiện xuất huyết đại tràng mức độ nhẹ so với chụp động mạch. Bệnh nhân hiện tại được chẩn đoán chảy máu GIT thấp bằng MSCT64 và sau đó thực hiện nội soi đại tràng để lên kế hoạch cho phẫu thuật. Việc chẩn đoán xuất huyết ruột thừa đơn độc bắt buộc phải điều trị bằng phẫu thuật. Cắt ruột thừa, đặc biệt là phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi, là phương pháp điều trị lý tưởng cho chảy máu ruột thừa.

Báo cáo ca lâm sàng này nhắc nhở chúng tôi rằng khi thăm khám một bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa thấp ,thì chảy máu ruột thừa nên được xem xét, đặc biệt là ở những bệnh nhân nam giới, trẻ tuổi. Báo cáo ca lâm sàng này cũng cho thấy rằng việc sử dụng

CT đa lát cắt kết hợp với nội soi đại tràng có thể giúp chẩn đoán chính xác hơn liên quan đến xuất huyết ruột thừa và được điều trị bằng phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi, đây là phương pháp điều trị được lựa chọn trong thời đại phẫu thuật xâm lấn tối thiểu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D.T. Weldon, S.J. Burke, S. Sun (2008),** "Interventional management of lower gastrointestinal bleeding". Eur Radiol, 18 (2008), pp. 857-867
2. **A.E. David, S. Choichi (2007),** "Lower gastrointestinal bleeding: a review". Surg Endosc, 21 (2007), pp. 514-520
3. **Morales TG, Yalam J, Dinning JP, et al (1997),** "Acute lower gastrointestinal bleeding from the appendix". Gastrointest Endosc 1997;46: 458-60.
4. **Kyokane T, Akita Y et al (2001),** "Angiodysplasia of the appendix". Am J Gastroenterol, 96:242-3.
5. **Lima SE Jr, Speranzini MB. (2004),** "Isolated Crohn's disease of the appendix as a source of enterorrhagia [in Portuguese]". Arq Gastroenterol, 41:60-3
6. **Seong Kyu Baek et al (2010),** "Acute Lower Gastrointestinal Bleeding Due to Appendiceal Mucosal Erosion". Surg Laparosc Endosc Percutan Tech Volume 20, Number 3, June 2010. Pp 110 – 112
7. **Kimiyasu Yamazaki MD. (2010),** "Successful laparoscopic treatment of hemorrhage from the appendix with phlegmonous acute appendicitis: a case report and review of the literature". Gastrointestinal endoscopy, volume 63, No. 6: 879.
8. **Kuhle WG, Sheiman RG (2003),** "Detection of active colonic hemorrhage with use of helical CT: findings in a swine model". Radiology, 228:743–752.