

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN CỦA ĐỘ PHÂN BỐ HỒNG CẦU VỚI NGUY CƠ TIM MẠCH CAO THEO THANG ĐIỂM SCORE2, SCORE2-OP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Bùi Trung Vĩnh¹, Hồ Hải Bằng¹, Phạm Thị Mỹ Duyên¹,
Lê Thị Phương Thảo¹, Cao Thị Thu Mai¹, Đặng Nguyễn Ngọc Hải^{2,3},
Lương Việt Thắng¹, Huỳnh Thị Ngọc Giàu⁴, Hoàng Anh Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa độ phân bố hồng cầu (RDW) và thang điểm SCORE2, SCORE2-OP ở bệnh nhân tăng huyết áp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 256 bệnh nhân từ 40 đến 89 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp, khám chữa bệnh tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ 08/2023 đến 02/2024. **Kết quả:** Có mối tương quan thuận giữa độ phân bố hồng cầu và điểm SCORE2, SCORE2-OP ($r = 0,316$; $p < 0,05$). Độ phân bố hồng cầu ở nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình thấp hơn nhóm nguy cơ tim mạch cao - rất cao ($p < 0,05$). Độ phân bố hồng cầu $\geq 13,55\%$ có giá trị tiên đoán nguy cơ tim mạch cao - rất cao với diện tích dưới đường cong ROC là 0,732; độ nhạy là 69,10% và độ đặc hiệu là 66,70% ($p < 0,05$). Bệnh nhân có độ phân bố hồng cầu $\geq 13,55\%$ khả năng có nguy cơ tim mạch cao trở lên gấp khoảng 4 lần so với nhóm có độ phân bố hồng cầu $< 13,55\%$ (95% KTC

1,869 - 8,358; $p < 0,05$). **Kết luận:** Độ phân bố hồng cầu là một thông số đơn giản có thể được sử dụng để dự báo nguy cơ tim mạch cao và rất cao ở bệnh nhân tăng huyết áp.

Từ khóa: Độ phân bố hồng cầu, SCORE2, SCORE2-OP

SUMMARY

THE ASSOCIATION OF RED CELL DISTRIBUTION WIDTH WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK ACCORDING TO SCORE2, SCORE2-OP SCORING SYSTEMS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Objective: To evaluate the relationship between red cell distribution width (RDW) and SCORE2, SCORE2-OP risk scores in hypertensive patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 256 hypertensive patients aged 40 to 89 who were examined and treated at the Cardiology Department of Hue Central Hospital from August 2023 to February 2024. **Results:** A positive correlation was found between RDW and both SCORE2 and SCORE2-OP ($r = 0.316$; $p < 0.05$). RDW in the low-to-moderate cardiovascular risk group was lower than in the high-to-very-high risk group ($p < 0.05$). An RDW $\geq 13.55\%$ predicted high-to-very-high cardiovascular risk with an area under the ROC curve of 0.732, a sensitivity of 69.10%, and a specificity of 66.70% ($p < 0.05$). Patients with RDW $\geq 13.55\%$ were approximately four times more likely to

¹Trường Đại học Y Dược Huế

²Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế

³Trường Đại học Duy Tân

⁴Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Trung Vĩnh

SĐT: 0916106336

Email: hatien@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

have high cardiovascular risk compared to those with RDW $<13.55\%$ (95% CI 1.869 - 8.358; $p < 0.05$). **Conclusion:** RDW is a simple parameter that can be used to predict high and very high cardiovascular risk in hypertensive patients.

Keywords: Red cell distribution width, SCORE2, SCORE2-OP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở Việt Nam. Tỷ lệ mắc THA ở Việt Nam ngày càng tăng đòi hỏi Bộ Y tế đưa THA vào chương trình phòng chống các bệnh mạn tính không lây nhiễm. Một số yếu tố nguy cơ đóng vai trò quan trọng trong sự hình thành tăng huyết áp, do vậy các hướng dẫn về dự phòng bệnh tim mạch đều khuyến cáo đánh giá nguy cơ tim mạch toàn diện. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều mô hình đánh giá nguy cơ tim mạch dựa vào các yếu tố nguy cơ. Tại Việt Nam, Hội Tim mạch Việt Nam 2022 khuyến cáo sử dụng hệ thống SCORE2, SCORE2-OP dành cho nhóm nước nguy cơ cao để ước đoán và phân tầng nguy cơ tim mạch trong chẩn đoán và điều trị THA [1].

Tuy nhiên, việc áp dụng thang điểm này chưa thực sự được tối ưu hóa trong thực hành lâm sàng, đặc biệt tại các tuyến y tế cơ sở. Gần đây, độ phân bố hồng cầu (RDW) được biết đến là một thông số dự báo về gia tăng biến cố tim mạch [3], có mặt trong hầu hết công thức máu thường quy được thực hiện dễ dàng tại các cơ sở y tế. Vậy vấn đề đặt ra là có mối liên quan nào giữa chỉ số RDW và thang điểm SCORE2, SCORE2-OP trong vai trò đánh giá và tiên lượng nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân THA? Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Nghiên cứu mối liên quan của độ phân bố hồng cầu với nguy cơ tim mạch cao theo thang điểm SCORE2,

SCORE2-OP ở bệnh nhân tăng huyết áp”, với mục tiêu là đánh giá mối liên quan giữa chỉ số RDW và thang điểm SCORE2, SCORE2-OP ở bệnh nhân THA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 256 bệnh nhân từ 40 đến 89 tuổi thăm khám và điều trị tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 08/2023 đến tháng 02/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Việt Nam 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đủ dữ liệu để tính điểm nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP, được truyền máu trong vòng 4 tháng, mắc các bệnh lý huyết học như thiếu máu huyết tán, thiếu máu thiếu sắt, thiếu vitamin B12; các bệnh lý tim mạch ngoại trừ tăng huyết áp (rung nhĩ, suy tim, bệnh mạch vành,...), đái tháo đường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp tiến hành

Thu thập dữ liệu

Bao gồm các đặc điểm nhân khẩu học và đánh giá lâm sàng như tiền sử bệnh (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn tính). Ngoài ra, các dữ liệu lâm sàng khác như chỉ số khối cơ thể (BMI), nhịp tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương đã được thu thập. Những chỉ tiết này được thu thập đầy đủ khi nhập viện và trong suốt thời gian điều trị nội trú, tiến hành sử dụng bảng câu hỏi đã được thiết lập trước. Quy trình siêu âm tim tuân thủ hướng dẫn của Hiệp hội Siêu âm tim Hoa Kỳ đưa ra để tiến hành

kiểm tra, đánh giá ở người lớn và được thực hiện bởi các chuyên gia siêu âm tim. Ngoài ra, các chỉ số công thức máu, sinh hóa máu được thực hiện trong phòng thí nghiệm trên các mẫu máu tĩnh mạch lúc đói bao gồm: hồng cầu, hemoglobin, HCT, MCV, MCH, MCHC, tiểu cầu, RDW, ure, creatinin, cholesterol toàn phần, HDL-Cholesterol,... Các chỉ số này được thực hiện trên máy Sysmex XS-1000i (Nhật Bản).

Xét nghiệm chỉ số RDW

Các mẫu máu được thu thập từ 2ml máu tĩnh mạch chứa trong ống EDTA trong vòng 6 giờ sau khi nhập viện và được phân tích bằng máy phân tích tự động Sysmex XS-1000i (Nhật Bản), tại khoa Huyết học của Bệnh viện Trung ương Huế. Chỉ số RDW được lấy từ công thức máu thu được khi bệnh nhân nhập viện. Chỉ số RDW-CV được nghiên cứu rộng rãi và được tính toán theo công thức sau: $RDW-CV = (SD \text{ của thể tích hồng cầu} / \text{thể tích trung bình hồng cầu}) \times 100$. Giá trị tham chiếu bình thường RDW là 11,60 - 14,80%.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

Sử dụng chương trình xử lý số liệu thống kê SPSS (Statistical Package For Social Science) 26.0 (IBM, New York, Hoa Kỳ) và phần mềm Excel 2021 để tính các thông số thực nghiệm: Trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn, trung vị và tứ phân vị. Các biến phân phối chuẩn được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trong khi các biến phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung vị trong khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả dưới

dạng phần trăm. Sử dụng test χ^2 và Fisher's Exact Test để so sánh các tỷ lệ quan sát, xem xét mối liên quan giữa các biến định tính. Ngưỡng $p < 0,05$ được xác định là có ý nghĩa về mặt thống kê. Sử dụng Mann - Whitney U Test để so sánh giá trị trung bình, Kruskal

Wallis Test để so sánh nhiều giá trị trung bình của hai hay nhiều nhóm độc lập khi không đủ điều kiện để sử dụng Independent T Test hoặc Test ANOVA một chiều (các nhóm định lượng phân phối không theo luật chuẩn hoặc không có sự đồng nhất phương sai của các nhóm). Các sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Kiểm định mối tương quan tuyến tính giữa 2 biến liên tục, sử dụng kiểm định Pearson đối với 2 biến liên tục có phân phối chuẩn, và sử dụng kiểm định Spearman đối với 2 biến liên tục không có phân phối chuẩn. Dùng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic curve), diện tích dưới đường cong (AUC), để so sánh các thang điểm, các phương tiện với nhau. Diện tích dưới đường cong càng lớn thì mô hình càng có giá trị tiên lượng tốt. Hồi quy logistic đơn biến dùng để dự đoán nguy cơ tim mạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 256 bệnh nhân THA với 217 bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao - rất cao và 39 bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp - trung bình. Giới nữ chiếm tỷ lệ cao hơn giới nam.

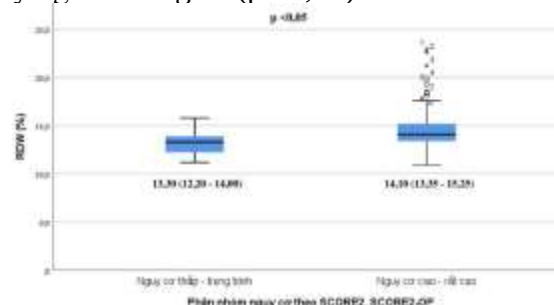
Bảng 1: Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu giữa các nhóm nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP

Đặc điểm	Nguy cơ tim mạch thấp - trung bình (N=39)	Nguy cơ tim mạch cao - rất cao (N=217)	Tổng (N = 256)	p
Tuổi (năm)	52,00 (45,00 - 57,00)	77,00 (75,00 - 86,50)	69,00 (60,00 - 76,00)	<0,05
Nam	10 (25,64%)	103 (47,47%)	113 (44,14%)	<0,05
HATT (mmHg)	120,00 (110,00 - 130,00)	140,00 (120,00 - 150,00)	130,00 (120,00 - 150,00)	<0,05
BMI (kg/m²)	21,64 (19,56 - 25,39)	22,03 (20,30 - 23,57)	22,93 (20,22 - 23,68)	>0,05
Tiền sử hút thuốc lá	1 (2,56%)	52 (23,96%)	53 (20,70%)	<0,05
Tiền sử rối loạn lipid	3 (7,69%)	47 (21,66%)	50 (19,53%)	<0,05
Hồng cầu (M/μL)	4,28 (3,82 - 4,55)	4,28 (3,84 - 4,68)	4,28 (3,84 - 4,66)	>0,05
HGB (g/dL)	12,70 (11,80 - 13,50)	12,60 (11,30 - 13,60)	12,60 (11,43 - 13,60)	>0,05
HCT (%)	38,80 (35,50 - 41,10)	38,30 (34,70 - 41,40)	38,40 (34,88 - 41,40)	>0,05
Ure (mmol/L)	4,55 (3,38 - 5,56)	5,90 (4,51 - 7,70)	5,60 (4,30 - 7,40)	<0,05
Creatinin (μmol/L)	62,20 (52,00 - 77,05)	81,50 (64,70 - 104,50)	77,00 (61,00 - 99,00)	<0,05
Tiểu cầu (K/μL)	269,00 (203,00 - 306,00)	229,00 (194,50 - 269,50)	233,50 (196,25 - 274,75)	<0,05
HDL-C (mmol/L)	1,32 $\pm$ 0,31	1,18 $\pm$ 0,33	1,20 $\pm$ 0,33	<0,05
hs-Troponin T (ng/L)	0,02 (0,01 - 0,40)	0,02 (0,01 - 0,07)	0,02 (0,01 - 0,07)	>0,05
NT-proBNP (pg/mL)	303,60 (158,45 - 2478,00)	584,05 (189,53 - 1788,25)	560,45 (162,38 - 1800,75)	>0,05

Các biến định lượng phân phối chuẩn được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến định lượng không phân phối chuẩn được biểu diễn dưới dạng trung vị (tứ phân vị). Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng N(%). HATT: huyết áp tâm thu; BMI: chỉ số khối cơ thể; HGB: hemoglobin; HCT: hematocrit; TC: cholesterol toàn phần; TG: triglyceride; HDL-C: cholesterol trọng lượng phân tử cao; hs-Troponin T: troponin T độ nhạy cao; NT-proBNP: peptide lợi niệu loại B.

Tuổi, giới tính nam, huyết áp tâm thu, tỷ lệ hút thuốc lá, tiền sử rối loạn lipid, ure, creatinin và chỉ số RDW (Hình 1) ở nhóm nguy cơ tim mạch cao - rất cao là cao hơn

so với nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình. Ngược lại, tiểu cầu và HDL-Cholesterol ở nhóm nguy cơ tim mạch cao - rất cao thấp hơn nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình. Các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

**Hình 1: Chỉ số RDW ở nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình và cao - rất cao**

3.2. Sự liên quan giữa chỉ số RDW với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điểm SCORE2, SCORE2-OP

Giá trị trung vị của RDW là 14,00 (13,20 - 15,10). Nhóm đối tượng giới tính nam, có tiền sử hút thuốc lá có RDW cao hơn so với các nhóm đối tượng còn lại. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: Tương quan giữa RDW với các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và điểm SCORE2, SCORE2-OP

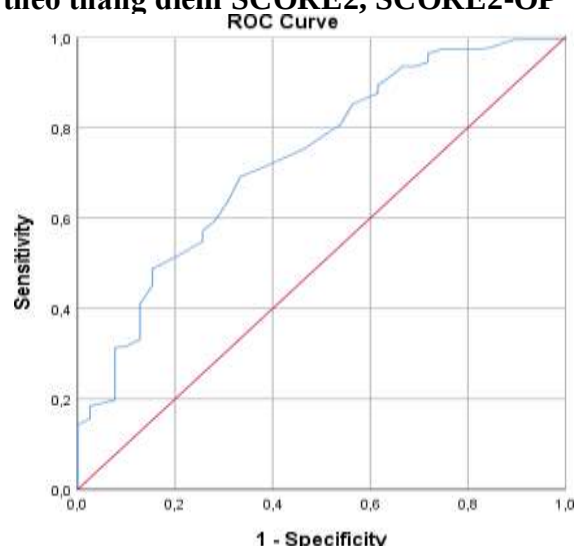
Các chỉ số	r	p
Tuổi	0,265	<0,05
BMI (kg/m ²)	-0,147	<0,05
HATT (mmHg)	0,093	>0,05
Hồng cầu (M/ μ L)	-0,059	>0,05
HGB (g/dL)	-0,380	<0,05
HCT (%)	-0,254	<0,05
MCV (fL)	-0,185	<0,05
MCH (pg)	-0,328	<0,05
MCHC (g/dL)	-0,471	<0,05
Tiểu cầu (K/ μ L)	-0,055	>0,05
TC (mmol/L)	-0,096	>0,05
TG (mmol/L)	-0,032	>0,05
HDL-C (mmol/L)	-0,102	>0,05
Ure (mmol/L)	0,254	<0,05
Creatinin (μ mol/L)	0,304	<0,05
hs-Troponin T (ng/L)	0,302	<0,05
NT-proBNP (pg/mL)	0,343	<0,05
Điểm SCORE2, SCORE2-OP	0,316	<0,05

BMI: chỉ số khối cơ thể; HATT: huyết áp tâm thu; HGB: hemoglobin; HCT: hematocrit; MCV: thể tích trung bình hồng cầu; MCH: lượng hemoglobin trung bình trong hồng cầu; MCHC: nồng độ hemoglobin trung bình trong một đơn vị thể tích hồng cầu; TC: cholesterol toàn phần; TG: triglyceride; HDL-C: cholesterol trọng lượng phân tử cao; hs-Troponin T:

troponin T độ nhạy cao; NT-proBNP: peptide lợi niệu loại B.

Nhìn vào bảng 2, thấy được mối tương quan thuận giữa RDW với tuổi ($r = 0,265$), ure ($r = 0,254$), creatinin ($r = 0,304$), hs-Troponin T ($r = 0,302$), NT-proBNP ($r = 0,343$) và điểm SCORE2, SCORE2-OP ($r = 0,316$). Có mối tương quan nghịch giữa RDW với hemoglobin ($r = -0,380$), HCT ($r = -0,254$), MCV ($r = -0,185$), MCH ($r = -0,328$) và MCHC ($r = -0,471$). Các mối tương quan này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Khả năng dự báo của chỉ số RDW đối với nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP



Hình 2: Đường cong ROC chỉ số RDW dự báo nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP

RDW với điểm cắt là 13,55% có khả năng dự báo nguy cơ tim mạch cao - rất cao với diện tích dưới đường cong là 0,732; độ nhạy là 69,10% và độ đặc hiệu là 66,70%.

3.4. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến giữa nhóm nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP với các yếu tố nguy cơ ngoài thang điểm

Bảng 3: Hồi quy đơn biến và đa biến giữa nhóm nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP với các yếu tố nguy cơ ngoài thang điểm

Các biến	Đơn biến			Đa biến		
	β	p	OR (95% KTC)	β	p	OR (95% KTC)
RDW $\geq 13,55\%$	1,499	<0,001	4,478 (2,168 - 9,249)	1,374	<0,001	3,952 (1,869 - 8,358)
Tình trạng thiếu máu	0,851	0,025	2,343 (1,110 - 4,943)	0,491	0,222	1,635 (0,743 - 3,596)
Thừa cân, béo phì	-0,070	0,850	0,932 (0,452 - 1,924)			

Nhóm bệnh nhân có chỉ số RDW $\geq 13,55\%$ có nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP gấp 3,952 lần so với nhóm bệnh nhân có chỉ số RDW $< 13,55\%$ (95% KTC 1,869 - 8,358; p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

4.1. RDW và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có mối tương quan thuận giữa RDW và tuổi ($r = 0,025$, $p < 0,05$), tương tự với nghiên cứu của Lippi và cộng sự (2014) [5]. Ngoài ra, nhóm đối tượng hút thuốc lá có giá trị trung vị RDW cao hơn nhóm không hút thuốc lá, tương tự với kết quả nghiên cứu của Ertugrul Kurtoglu và cộng sự (2013) [4]. Cơ chế bệnh sinh của hút thuốc lá liên quan đến sự tăng nồng độ các chất oxy hóa kết hợp với độc chất nicotin trong khói thuốc gây tổn thương nội mạch. Quá trình viêm mạn tính trên làm ảnh hưởng đến hiệu quả sản xuất các tế bào hồng cầu bình thường, từ đó dẫn đến sự bất đồng nhất về kích thước của các tế bào hồng cầu, làm thay đổi chỉ số RDW.

Có mối tương quan nghịch giữa RDW với hồng cầu ($r = -0,059$) và hemoglobin ($r = -0,380$), tương tự với các nghiên cứu trước đây về xu hướng gia tăng của RDW trên những

bệnh nhân thiếu máu [7]. Bên cạnh đó, RDW cũng có mối tương quan nghịch với HCT, MCV, MCH, MCHC, với r lần lượt là -0,254, -0,185, -0,328, -0,471. Mối tương quan này củng cố thêm bằng chứng thiếu máu vì những chỉ số này ảnh hưởng bởi HGB.

RDW và NT-proBNP có mối tương quan thuận ($r = 0,343$), tương tự với kết quả nghiên cứu của Atac Celik và cộng sự (2012) [2]. Điều này được lý giải khi cả RDW và NT-proBNP đều được sử dụng là dấu ấn tiên lượng cho bệnh tim mạch, khi hai chỉ số tăng lên thì tiên lượng sẽ xấu đi.

4.2. Mối tương quan giữa chỉ số RDW và điểm SCORE2, SCORE2-OP

Chúng tôi thấy rằng RDW có mối tương quan thuận, trung bình với điểm SCORE2, SCORE2-OP ($r = 0,316$; $p < 0,05$). Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy RDW có tiềm năng trở thành một yếu tố tiên lượng trong nhiều bệnh lý khác nhau, đặc biệt ở nhóm bệnh lý tim mạch. Cụ thể, nghiên cứu của Anna Oleksiak và cộng sự (2016) cho thấy mối tương quan của RDW với kết cục tim mạch, RDW có thể là yếu tố dự đoán các biến cố tim mạch trong tương lai ở những bệnh nhân mắc bệnh mạch vành nặng với điểm cắt của RDW là 14,00% [6]. Nghiên cứu của Cristiano Fava và cộng sự (2019) cho rằng RDW có thể hữu ích về mặt lâm

sàng để dự đoán sự tiến triển và tiên lượng của nhiều bệnh tim mạch, chẳng hạn như đột quỵ, rung nhĩ và suy tim [3].

Mục tiêu của nghiên cứu chúng tôi là tìm hiểu khả năng tiên lượng của RDW về nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân THA dựa trên thang điểm SCORE2, SCORE2-OP. Kết quả chúng tôi thu được RDW $\geq 13,55\%$ có khả năng dự báo nguy cơ tim mạch cao - rất cao với diện tích dưới đường cong là 0,732; độ nhạy là 69,10% và độ đặc hiệu là 66,70%. RDW tăng $\geq 13,55\%$ làm tăng khả năng dự đoán nguy cơ tim mạch cao - rất cao gấp khoảng 4 lần so với nhóm RDW

$< 13,55\%$. Hiện tại, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu tương tự để so sánh điểm cắt tốt nhất cho RDW trong việc dự báo nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP.

Hạn chế: Nghiên cứu của chúng tôi có thiết kế cắt ngang và số liệu chỉ được lấy tại một bệnh viện nên khó theo dõi và tiên lượng xa trên bệnh nhân. Cỡ mẫu của nghiên cứu vẫn còn khá nhỏ. Ngoài ra, việc chỉ dựa vào chỉ số RDW mà không đánh giá tình trạng viêm thông qua protein phản ứng C (CRP) hay tình trạng thiếu sắt, là một sự thiếu sót, vì RDW bị ảnh hưởng bởi các tình trạng khác nhau. Cuối cùng, nghiên cứu chỉ sử dụng các kết quả RDW từ một máy xét nghiệm duy nhất (Sysmex XS-1000i, Nhật Bản) nên không có sự so sánh giữa các máy.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tóm lại, nghiên cứu chúng tôi đã chứng minh với chỉ số RDW $\geq 13,55\%$ có khả năng dự đoán nguy cơ tim mạch cao - rất cao theo thang điểm SCORE2, SCORE2-OP. RDW tăng cao được xem là một yếu tố tiên lượng

độc lập với các yếu tố nguy cơ, làm tăng phân tầng nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân. Do đó, việc sử dụng RDW bên cạnh thang điểm SCORE2, SCORE2-OP có thể hữu ích về mặt lâm sàng nhằm tăng khả năng tiên đoán kết cục bất lợi trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam** (2022), Khuyến cáo về dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng.
2. **Celik, A. et al.** (2012), "Relationship between red cell distribution width and echocardiographic parameters in patients with diastolic heart failure", The Kaohsiung journal of medical sciences. 28(3), pp. 165-172.
3. **Fava, C. et al.** (2019), "The role of red blood cell distribution width (RDW) in cardiovascular risk assessment: useful or hype?", Annals of translational medicine. 7(20), pp. 581.
4. **Kurtoğlu, E. et al.** (2013), "Elevated red blood cell distribution width in healthy smokers", Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir. 41(3), pp. 199-206.
5. **Lippi, G., Salvagno, G. L., and Guidi, G. C.** (2014), "Red blood cell distribution width is significantly associated with aging and gender", Clin Chem Lab Med. 52(9), pp. 197-199.
6. **Oleksiak, A. et al.** (2016), "Biomarkers for risk stratification in secondary cardiovascular prevention. A role of red blood cell distribution width and calcium score", Atherosclerosis. 246, pp. 57-62.
7. **Salko, Dr Edward** (2023), "Low MCV and MCH: Meaning and Treatment", Personalabs. <https://www.personalabs.com/blog/low-mcv-and-mch-meaning-and-treatment/>.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠ HUYẾT ÁP TÍCH CỰC Ở NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Minh Nguyệt¹, Trần Văn Tuấn¹,
Lê Thị Quyên¹, Món Thị Uyên Hồng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phản ứng tăng huyết áp cấp tính sau chảy máu não cấp là một triệu chứng thường gặp, liên quan đến sự mở rộng khối máu tụ, tăng tỷ lệ tử vong và kết cục chức năng kém. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực ở người bệnh chảy máu não cấp tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 116 người bệnh chảy máu não cấp điều trị tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,34 \pm 12,28$ (năm); Tỷ lệ bệnh nhân nam giới 69,8%; Huyết áp tâm thu trung bình tại thời điểm nhập viện là $185,09 \pm 17,7$ mmHg, 3 giờ là $143,88 \pm 12,3$ mmHg, 6 giờ là $140,60 \pm 10,7$ mmHg và 24 giờ là $137,41 \pm 11,1$ mmHg; Tỷ lệ đạt huyết áp tâm thu mục tiêu tại thời điểm 2 giờ sau khi nhập viện là 57,8%, 24 giờ là 77,6%. Huyết áp tâm thu trung bình cao có liên quan đến kết cục chức năng xấu của người bệnh tại thời điểm ra viện ($p < 0,01$). **Kết luận:** Huyết áp tâm thu trung bình của người bệnh chảy máu não tại thời điểm nhập viện cao; Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, tình trạng lạm dụng rượu đến kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực của người bệnh chảy máu não.

Từ khóa: chảy máu não, tăng huyết áp, hạ huyết áp tích cực

SUMMARY

THE RESULT OF AGGRESSIVE BLOOD PRESSURE MANAGEMENT IN PATIENT WITH ACUTE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Introduction: Acute hypertensive response following intracerebral hemorrhage (ICH) is a common symptom, associated with hematoma expansion, increased mortality, and poor functional outcomes. **Objective:** To describe the outcomes and some factors related to the results of aggressive blood pressure management in patients with acute ICH at Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 116 patients with acute ICH treated at the Neurology Department of Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** The average patient age was 62.34 ± 12.28 years; 69.8% of patients were male. The mean systolic blood pressure (SBP) at admission was 185.09 ± 17.7 mmHg, after 3 hours was 143.88 ± 12.3 mmHg, at 6 hours was 140.60 ± 10.7 mmHg, and after 24 hours was 137.41 ± 11.1 mmHg. The percentage of patients achieving target SBP at 2 hours after admission was 57.8%, and at 24 hours was 77.6%. Higher mean SBP was associated with poorer functional outcomes at discharge ($p < 0.01$). **Conclusion:** The average SBP in patients with ICH was elevated at admission. There was no significant association between age, gender, history of hypertension, diabetes, or alcohol abuse with the outcomes of aggressive blood pressure management in ICH patients.

Keywords: intracerebral hemorrhage, hypertension, aggressive blood pressure management.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Nguyệt
SĐT: 0987273484

Email: nguyettkdhyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não là thể đột quy có tỷ lệ tử vong cao, hoặc dẫn đến tàn tật nghiêm trọng. Nguyên nhân gây chảy máu não thường gặp nhất là do tăng huyết áp. Đồng thời, phản ứng tăng huyết áp sau chảy máu não cũng là một phản ứng toàn thân phổ biến, có liên quan đến sự mở rộng thể tích khối máu tụ, làm tăng nguy cơ tử vong, hoặc di chứng nặng cho người bệnh [1, 2]. Do vậy, việc điều trị hạ huyết áp tâm thu tích cực với người bệnh chảy máu não cấp có tăng huyết áp có ý nghĩa trong việc giảm nguy cơ mở rộng thể tích khối máu tụ, giảm nguy cơ tử vong và tàn phế sau chảy máu não [3, 4]. Hiện tại, Trung tâm Đột quy - Khoa Thần kinh – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tiếp nhận điều trị hàng trăm người bệnh chảy máu não mỗi năm. Xuất phát từ lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu ***“Mô tả kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực ở người bệnh chảy máu não cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”***.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 116 người bệnh chảy máu não cấp do tăng huyết áp điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2023 đến tháng 6/ 2024.

Tiêu chuẩn chọn: Người bệnh có triệu chứng lâm sàng của chảy máu não cấp và kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não/ hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não phù hợp với chảy máu não cấp. Người bệnh và/ hoặc người nhà người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh chảy máu não sau chấn thương sọ não, hoặc chảy máu do vỡ dị dạng mạch não, hoặc chảy máu não trong u não, hoặc chảy máu não sau dùng thuốc tiêu sợi huyết, hoặc các trường hợp có chống chỉ định hạ huyết áp tích cực, hoặc có

chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu lấy máu tụ, tràn dịch não cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kỹ thuật: chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu: lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Các bước tiến hành:

Người bệnh được khám lâm sàng, chụp CLVT sọ não hoặc CHT sọ não để chẩn đoán xác định chảy máu não và được điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên theo phác đồ điều trị chảy máu não của Bộ Y tế.

Mục tiêu, trong vòng 12-24 giờ, đưa huyết áp tâm thu (HATT) về 140 mmHg và không thấp hơn 130 mmHg, duy trì mức huyết áp này trong 7 ngày tiếp theo hoặc cho đến khi người bệnh ra viện trong trường hợp người bệnh ra viện trước 7 ngày.

Điều trị hạ huyết áp tích cực bằng truyền tĩnh mạch Nicardipin với người bệnh có HHTT ≥ 180 mmHg hoặc bằng thuốc hạ huyết áp đường uống với các trường hợp có HATT từ 150 – 179 mmHg.

Đối với những trường hợp dùng thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch bằng Nicardipin sẽ được pha truyền bơm tiêm điện và chỉnh liều theo đáp ứng lâm sàng, việc chuyển sang dùng thuốc hạ huyết áp đường uống sẽ được thực hiện khi tình trạng lâm sàng và huyết áp của người bệnh ổn định.

Khi đang dùng thuốc điều trị hạ huyết áp đường uống mà không kiểm soát được huyết áp thì người bệnh sẽ được điều trị tiếp tục với thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch.

Người bệnh có chỉ định điều trị hạ huyết áp tích cực được theo dõi huyết áp liên tục bằng monitor để điều chỉnh huyết áp nhanh chóng.

Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, tiền sử mắc bệnh tăng huyết

áp, đái tháo đường, tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid, lạm dụng rượu và hút thuốc lá/ lờ.

Kết quả điều trị hạ huyết áp: HATT trung bình và tỷ lệ đạt HATT mục tiêu tại các thời điểm. Mối liên quan giữa HATT trung bình và kết cục của người bệnh tại thời điểm ra viện. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực.

2.4. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 27: T-test trong kiểm định hai trung bình và Chi-bình phương cho kiểm định hai tỷ lệ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới và tiền sử của người bệnh nghiên cứu

Tuổi (năm)	Trung bình $\bar{X} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất
	62,34±12,28	39	90
Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	81	69,8
	Nữ	35	30,2
Tiền sử		Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp		86	74,1
RLCH lipid		25	21,6
Đái tháo đường		14	12,1
Lạm dụng rượu		15	12,0
Hút thuốc lá/ lờ		9	7,8

Tuổi trung bình là 62,34 (năm), bệnh

nhân nam chiếm tỉ lệ cao (69,8%).



Biểu đồ 3.1. Huyết áp tâm thu tại thời điểm nhập viện

Tỷ lệ cao người bệnh có huyết áp tâm thu từ 180 mmHg trở lên (72,4%).



Biểu đồ 3.2. Diễn biến huyết áp tâm thu trung bình tại các thời điểm

HATT trung bình giảm nhanh nhất trong 2 giờ đầu sau khi nhập viện.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đạt huyết áp tâm thu mục tiêu

Tỷ lệ đạt HATT mục tiêu tăng nhanh nhất trong 2 giờ đầu.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa HATT trung bình và kết cục của người bệnh

HA tâm thu trung bình		Kết cục (mRS) khi ra viện			P
		Tốt (0-3) 85 BN	Xấu (4-6) 31 BN	Tổng 116 BN	
Thời điểm	T0	182,12±17,1	193,23±17,0	185,09±17,7	<0,01
	2h	141,88±13,6	152,90±11,3	144,83±12,5	<0,01
	3h	141,88±11,8	149,35±12,1	143,88±12,3	<0,01
	6h	139,06±10,6	144,84±9,6	140,60±10,7	<0,01

	24h	136,12±11,3	140,97±10,8	137,41±11,1	<0,01

HATT trung bình tại thời điểm nhập viện, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 24 giờ ở nhóm có kết cục xấu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có kết cục tốt ($p<0,01$).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tiền sử tăng huyết áp và HATT trung bình tại các thời điểm

HA tâm thu trung bình		Tiền sử tăng huyết áp			P
		Có (86 NB)	Không (30 NB)	Tổng (116 NB)	
Thời điểm	T0	187,67±16,9	177,67±18,1	185,09±17,7	>0,05
	2h	145,12±14,5	144,00±11,9	144,83±12,5	>0,05
	3h	144,19±12,6	143,00±11,5	143,88±12,3	>0,05
	6h	141,51±11,2	138,00±8,5	140,60±10,7	>0,05
	24h	137,67±11,5	136,67±10,3	137,41±11,1	>0,05

HATT trung bình của nhóm có tiền sử tăng huyết áp tại các thời điểm cao hơn không có ý nghĩa so với nhóm không có tiền sử tăng huyết áp ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tuổi và HATT trung bình tại các thời điểm

HA tâm thu trung bình		Độ tuổi			P
		<60 tuổi (56 NB)	≥ 60 tuổi (60 NB)	Tổng (116 NB)	
Thời điểm	T0	183,39±17,3	186,67±18,1	185,09±17,7	<0,05
	2h	144,11±15,3	145,50±12,5	144,83±12,5	>0,05
	3h	147,50±19,9	150,83±15,2	143,88±12,3	>0,05
	6h	139,64±10,9	141,50±10,4	140,60±10,7	>0,05
	24h	136,07±10,3	138,67±12,0	137,41±11,1	>0,05

HATT trung bình của nhóm dưới 60 tuổi tại thời điểm nhập viện thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm từ 60 tuổi trở lên ($p<0,01$).

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ đạt HATT mục tiêu tại thời điểm 2 giờ

Đặc điểm		Huyết áp MT	Đạt(67 NB)	Không đạt (49 NB)	P
Giới tính	Nam		44 (65,7)	37 (75,5)	> 0,05
	Nữ		23 (34,3)	12 (24,5)	
Tuổi (năm)	< 60		37 (55,2)	19 (38,8)	> 0,05
	≥ 60		30 (44,8)	30 (61,2)	
Tiền sử THA	Có		48 (71,6)	38 (77,6)	> 0,05
	Không		19 (28,4)	11 (22,4)	
Tiền sử ĐTD	Có		8 (11,9)	6 (12,2)	> 0,05
	Không		59 (88,1)	43 (87,8)	
Lạm dụng rượu	Có		6 (9,0)	9 (18,4)	> 0,05
	Không		61 (91,0)	40 (81,6)	

Không có mối liên quan giữa việc đạt HATT mục tiêu tại thời điểm 2 giờ với tuổi, giới, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường và lạm dụng rượu ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 116 người bệnh chảy máu não cấp điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 62,34±12,28 (năm), nhỏ nhất là 39 tuổi và cao nhất là 90 tuổi, kết quả này của chúng tôi tương đồng với tuổi trung bình

là $63,1 \pm 12,9$ (năm) trong nghiên cứu của Qureshi AI [5] và tuổi trung bình $60,41 \pm 10,04$ (năm) trong nghiên cứu của Võ Hồng Khôi [1], nhưng thấp hơn tuổi trung bình là $70,2 \pm 13,3$ trong nghiên cứu của Rodriguez-Luna D [3]. Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu là 69,8%, kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với tỷ lệ bệnh nhân nam là 62% trong nghiên cứu của Qureshi AI [5], hay tỷ lệ nam/nữ là 2,1:1 trong nghiên cứu của Võ Hồng Khôi [1] và nhiều nghiên cứu khác [4] [6]. Tiền sử bệnh thường gặp nhất là tăng huyết áp (THA) (74,1%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (21,6%). Ngoài ra, có một tỷ lệ khá cao người bệnh chảy máu não trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng lạm dụng rượu (12,9%), hút thuốc lá (hoặc thuốc lá) nhiều năm (7,8%).

4.2. Kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực và một số yếu tố liên quan

HATT trung bình tại thời điểm nhập viện của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là $185,09 \pm 17,7$ mmHg, người bệnh có HATT từ 180 mmHg trở lên chiếm 72,4%. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với mức HATT trung bình là $185,08 \pm 9,83$ trong nghiên cứu của Võ Hồng Khôi [1], nhưng cao hơn khá nhiều so với HATT trung bình là $174,5 \pm 28,3$ mmHg trong nghiên cứu của Ma L [7]. Người bệnh được chẩn đoán xác định chảy máu não cấp có trị số huyết áp tâm thu tăng cao được chỉ định điều trị hạ huyết áp tích cực với mục tiêu đưa trị số huyết áp tâm thu về mức ≤ 140 mmHg nhưng không thấp hơn 130 mmHg trong vòng 12-24 giờ (đặc biệt là khoảng thời gian 2-6 giờ đầu) nhằm mục đích hạn chế sự gia tăng thể tích của khối máu tụ khi huyết áp tăng cao [2], đồng thời tránh hạ huyết áp quá thấp nhằm mục đích duy trì áp lực tưới máu não ổn định. Tùy mức độ tăng huyết áp mà người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc điều trị hạ huyết áp đường tĩnh mạch bằng Nicardipin hoặc bằng các thuốc hạ huyết áp đường uống, hoặc phối hợp cả hai phương pháp

điều trị hạ huyết áp trên. Người bệnh chảy máu não cấp được theo dõi huyết áp liên tục bằng monitor để điều chỉnh huyết áp được nhanh chóng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có những người bệnh xuất hiện phản ứng tăng huyết áp mạnh mẽ hơn tại các thời điểm sau nhập viện. Do vậy, bên cạnh những người bệnh được sử dụng thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch bằng Nicardipin ngay thời điểm nhập viện, cũng có những người bệnh được sử dụng thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch sau nhập viện một vài giờ, cho đến một vài ngày. Kết quả theo dõi huyết áp cho thấy HATT trung bình của người bệnh tại các thời điểm sau nhập viện có xu hướng giảm dần, giảm nhanh nhất trong khoảng thời gian 2 giờ đầu, từ $185,09 \pm 17,7$ mmHg giảm xuống còn $144,83 \pm 12,5$ mmHg. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Qureshi AI [5], Võ Hồng Khôi [1] và nhiều nghiên cứu khác [4], khi các nghiên cứu này đều cho thấy HATT ở người bệnh chảy máu não cấp được điều chỉnh giảm nhiều nhất trong vòng 2 giờ đầu từ khi nhập viện. Điều này cho thấy, thái độ xử trí hạ huyết áp khẩn trương và tích cực cho người bệnh chảy máu não có tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng được thực hiện tại hầu hết các bệnh viện trong và ngoài nước. Bên cạnh việc giảm đáng kể của HATT trung bình, tỷ lệ người bệnh đạt HATT mục tiêu có xu hướng tăng dần tại các thời điểm sau khi nhập viện. Tại thời điểm 2 giờ, tỷ lệ người bệnh đạt HATT mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là 57,8% và xu hướng tăng dần, đến 24 giờ tỷ lệ đạt HATT mục tiêu là 77,6%. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh đạt HATT mục tiêu tại thời điểm sau nhập viện 2 giờ của chúng tôi thấp hơn khá nhiều so với tỷ lệ 82,9% trong nghiên cứu của Võ Hồng Khôi, tỷ lệ 88,5% trong nghiên cứu của Đỗ Văn Tài [1] và tỷ lệ 96,7% trong nghiên cứu của Ma L [7], sự khác biệt này có thể do sự chưa thống nhất trong việc sử dụng phác đồ điều trị hạ huyết áp đường tĩnh mạch bằng Nicardipin trong

nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác, kết hợp với sự không sẵn có của Nicardipin trong một số thời điểm chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Trong nghiên cứu này, mặc dù tỷ lệ người bệnh đạt HATT mục tiêu trong vòng 24 giờ đầu tăng khá nhanh, đến thời điểm 24 giờ là 77,6% nhưng đến ngày thứ 2, ngày thứ 3 tỷ lệ người bệnh đạt HATT mục tiêu có xu hướng giảm nhẹ còn 75% và 69,8%. Nguyên nhân chủ yếu của tình trạng này có thể do một số người bệnh sau khi đạt huyết áp tâm thu mục tiêu sẽ được chuyển từ thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch sang dùng thuốc hạ huyết áp đường uống. Do vậy, trong 1 – 2 ngày đầu một số người bệnh có xu hướng tăng huyết áp tâm thu do chưa điều chỉnh được phác đồ hạ huyết áp đường uống thích hợp.

HATT trung bình tại thời điểm nhập viện, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 24 giờ ở nhóm có kết cục xấu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có kết cục tốt ($p < 0,01$), kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Võ Hồng Khôi [1]. Tuy nhiên, thời điểm đánh giá kết cục của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là khi người bệnh ra viện còn trong nghiên cứu của Võ Hồng Khôi là ngày thứ 90 sau khi người bệnh được chẩn đoán chảy máu não. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HATT trung bình tại thời điểm nhập viện của nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên ($p < 0,01$). Tuy nhiên, chúng tôi không thấy có sự khác biệt về HATT trung bình giữa các bệnh nhân này tại các thời điểm 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 24 giờ. Bên cạnh đó, chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa HATT trung bình của nhóm bệnh nhân có tiền sử THA so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử THA tại thời điểm khi nhập viện và các thời điểm sau khi nhập viện 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ, 24 giờ ($p > 0,05$). Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, tiền sử THA, đái tháo đường và lạm dụng

rượu đến tỷ lệ đạt huyết áp tâm thu mục tiêu tại thời điểm 2 giờ ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

HATT trung bình của người bệnh chảy máu não tại thời điểm nhập viện tăng cao. HATT trung bình của nhóm dưới 60 tuổi tại thời điểm nhập viện thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm từ 60 tuổi trở lên. Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, tiền sử THA, đái tháo đường, tình trạng lạm dụng rượu đến kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực của người bệnh chảy máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hồng Khôi, Hà Hữu Quý, Hồ Thanh Thủy** (2023). Kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực ở người bệnh chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp, Tạp chí Y Học Việt Nam, 526(1B), 337-341.
2. **Qureshi AI, Qureshi MH** (2018). Acute hypertensive response in patients with intracerebral hemorrhage pathophysiology and treatment, J Cereb Blood Flow Metab, 38(9), 1551-1563.
3. **Rodriguez-Luna D, Pancorbo O, Llull L, et al** (2024). Effects of Achieving Rapid, Intensive, and Sustained Blood Pressure Reduction in Intracerebral Hemorrhage Expansion and Functional Outcome, 102(9), e209244.
4. **Wang X, Yang J** (2024). Influence of Time to Achieve Target Systolic Blood Pressure on Outcome After Intracerebral Hemorrhage: The Blood Pressure in Acute Stroke Collaboration, 55(4), 849-855.
5. **Qureshi AI, Huang W, Lobanova I, et al** (2020). Outcomes of Intensive Systolic Blood Pressure Reduction in Patients With Intracerebral Hemorrhage and Excessively High Initial Systolic Blood Pressure: Post Hoc Analysis of a Randomized Clinical Trial, JAMA Neurol, 77(11), 1355-1365.

6. **Qureshi AI, Palesch YY, Foster LD, et al** (2018). Blood Pressure-Attained Analysis of ATACH 2 Trial, Stroke, 49(6), 1412-1418.
7. **Ma L, Hu X, Song L, et al** (2023). The third Intensive Care Bundle with Blood Pressure

Reduction in Acute Cerebral Haemorrhage Trial (INTERACT3): an international, stepped wedge cluster randomised controlled trial, Lancet, 402(10395), 27-40.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN Ở SINH VIÊN Y KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y-DƯỢC ĐÀ NẴNG

**Đoàn Ngọc Tú¹, Nguyễn Nguyên Trang¹, Bùi Ngọc Minh Châu¹,
Đặng Thị Yên¹, Nguyễn Tấn Định¹, Phan Công Ngọc Phú¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trào ngược dạ dày - thực quản và khảo sát một số yếu tố liên quan ở sinh viên Y khoa trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 836 sinh viên ngành Y khoa từ năm thứ nhất đến năm thứ 6 trong năm học 2022 - 2023 đang học tại trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng. **Kết quả:** Tỷ lệ trào ngược dạ dày - thực quản ở sinh viên ngành Y khoa là 22,8%. Trong đó chiếm tỷ lệ cao trong các nhóm đối tượng nghiên cứu là nữ (24,3%), sinh viên đang học năm thứ 5 (36,4%), BMI ở mức thừa cân béo phì (44,1%), hiện đang hút thuốc lá (52,6%), uống trung bình ≥ 5 ly cà phê/ngày (42,9%), stress mức độ nặng (38%). Có mối liên quan giữa tỷ lệ trào ngược dạ dày - thực quản với đặc điểm năm học, thu nhập gia đình, chỉ số BMI, tình trạng hút thuốc và tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** trào ngược dạ dày - thực quản thường gặp ở sinh viên ngành Y khoa trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

và có mối liên quan với đặc điểm năm học, thu nhập gia đình, chỉ số BMI, tình trạng hút thuốc và tình trạng stress của sinh viên ngành Y khoa.

Từ khóa: trào ngược dạ dày - thực quản, yếu tố nguy cơ trào ngược dạ dày - thực quản, sinh viên y khoa, stress.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN MEDICAL STUDENTS AT DA NANG UNIVERSITY OF MEDICAL TECHNOLOGY AND PHARMACY

Objective: To determine the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) and investigate related factors among medical students at Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy. **Methods:** A cross-sectional design was conducted on 836 medical students from the first to the sixth year during the 2022–2023 academic year at Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy. **Results:** The prevalence of GERD among medical students was 22.8%. Notably, GERD was more prevalent in females (24.3%), fifth-year students (36.4%), students with overweight or obesity (BMI: 44.1%), current smokers (52.6%), those consuming ≥ 5 cups of coffee per day (42.9%), and those experiencing severe stress (38%). There was an association between GERD prevalence and factors such as academic year, family income, BMI, smoking

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Ngọc Tú

SĐT: 0973620677

Email: dntu@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

status, and stress levels. **Conclusion:** GERD is common among medical students at Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy and is associated with academic year, family income, BMI, smoking, and stress levels.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, GERD risk factors, medical students, stress.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày – thực quản (TNDDTQ) là một trong những bệnh phổ biến nhất mà bác sĩ tiêu hóa và bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu gặp phải¹. TNDDTQ có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, sức khỏe và kinh tế. Các triệu chứng điển hình của trào ngược dạ dày – thực quản bao gồm ợ nóng và trớ. Ợ nóng là triệu chứng phổ biến nhất và được mô tả là cảm giác nóng tăng từ thượng vị lên cổ. Trớ là tình trạng thức ăn trong dạ dày trào ngược lên miệng một cách dễ dàng, thường kèm theo axit hoặc vị đắng. Hiện nay vẫn chưa có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán TNDDTQ mà chủ yếu dựa vào lâm sàng.¹ Trong đó bộ câu hỏi GERDQ (Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire) được xem là công cụ chẩn đoán bệnh TNDDTQ đơn giản và hiệu quả tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.^{2,3} Một số nhóm người có nguy cơ cao mắc bệnh như: người bị thừa cân hoặc béo phì, phụ nữ mang thai, người phải sử dụng một số thuốc như thuốc trị hen suyễn, thuốc chẹn kênh canxi, thuốc kháng histamine, thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm, thuốc giảm đau xương khớp nhóm NSAIDs; người hút thuốc lá hoặc hút thuốc lá thụ động; người bị thoát vị hoành, liệt dạ dày, hoặc bệnh lý mô liên kết như xơ cứng bì; người có lối sống và thói quen ăn uống không lành mạnh như uống rượu bia, ăn nhiều đồ chua, ăn nhiều dầu mỡ, lười vận động, nằm liền sau ăn... Ngoài ra, căng thẳng hay stress do áp lực trong công việc và cuộc sống cũng là yếu tố thường gặp gây ra tình trạng TNDDTQ, đặc biệt ở người trẻ.⁴ Các nghiên

cứ trước đây cho thấy sinh viên đại học có nguy cơ mắc TNDDTQ cao hơn so với dân số chung.^{5,6,7} Tại Việt Nam chúng tôi chưa tìm thấy đề tài nghiên cứu về tỷ lệ TNDDTQ trên đối tượng sinh viên đại học nói chung cũng như sinh viên ngành Y khoa nói riêng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu xác định tỷ lệ TNDDTQ và tìm hiểu mối liên quan giữa TNDDTQ với một số yếu tố nguy cơ ở sinh viên Y khoa trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn toàn bộ sinh viên ngành Y khoa từ năm thứ nhất đến năm thứ 6 trong năm học 2022 – 2023 đang học tại trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên đang sử dụng thuốc điều trị thường xuyên (bất kỳ loại thuốc nào).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Dựa theo hướng dẫn chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe, chúng tôi dựa vào công thức:

$$n = 1,96^2 \times [p(1-p)]/\epsilon^2$$

Với $\epsilon = 0,05$: mức sai lệch cho phép

$p = 0,286$ là tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên các trường đại học về sức khỏe theo nghiên cứu của Nabil J. Awadalla.⁶

Tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 314. Thực tế trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 836 sinh viên thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập số liệu thống nhất. Bảng câu hỏi bao gồm dữ liệu về các đặc điểm cá nhân, phiên bản tiếng Việt của bảng câu hỏi GERDQ và Thang đo mức độ căng thẳng cảm nhận của Cohen (Perceived Stress Scale - PSS).⁸

2.4. Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý theo phương pháp thống kê y

học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 22.0. Trong đó biến định lượng mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; biến định tính mô tả bằng tần số, tỷ lệ; dùng kiểm định Chi-bình phương để phân tích mối liên quan giữa 2 biến định tính.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài đã được sự chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng số 57/CT-HĐĐĐ ngày 09/12/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 836 sinh viên ngành Y khoa trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2023, chúng tôi ghi nhận kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 836)

	Nam			Nữ		
Số lượng	314 (37,6%)			522 (62,4%)		
Tuổi trung bình	21,2 ± 2,0, nhỏ nhất: 18, lớn nhất: 28					
Năm thứ	1	2	3	4	5	6
Số lượng	185	148	166	94	107	136
Thu nhập gia đình	Ổn định			Không ổn định		
Số lượng	617 (74%)			217 (26%)		
Chỉ số BMI	Số lượng			Tỷ lệ %		
Thiếu cân	218			26,1		
Bình thường	584			69,9		
Thừa cân/Béo phì	34			4,1		

Sinh viên nữ chiếm đa số với 62,4%. Số lượng sinh viên năm thứ nhất chiếm tỷ lệ cao nhất, năm thứ 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất. Đa số sinh viên sống với gia đình có thu nhập ổn định với 617 sinh viên chiếm 74,0%. Đa số đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có chỉ số BMI ở mức bình thường với 584 sinh viên chiếm 69,9%.

Bảng 2. Đặc điểm về thói quen sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu (n = 836)

Tình trạng hút thuốc lá	Số lượng	Tỷ lệ %
Chưa từng	805	96,3
Đã bỏ	12	1,4
Hiện đang hút	19	2,3
Số ly cà phê uống trung bình 1 ngày	Số lượng	Tỷ lệ %
0 ly	624	74,6
1 – 2 ly	194	23,2
3 – 4 ly	11	1,3
≥ 5 ly	7	0,8

Đa số ĐTNC chưa từng hút thuốc lá và tỷ lệ ĐTNC không uống cà phê chiếm cao nhất.



Biểu đồ 1. Phân bố tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu (n=836)

Tỷ lệ ĐTNC stress mức độ vừa chiếm cao nhất với 70,7%, stress mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6%



Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ trào ngược dạ dày – thực quản của đối tượng nghiên cứu (n=836)

Tỷ lệ ĐTNC được chẩn đoán TNDDTQ khi khảo sát theo bộ câu hỏi GERDQ khá cao là 22,8%.

Bảng 3. Liên quan giữa trào ngược dạ dày – thực quản với một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=836)

Đặc điểm chung		Không GERD		GERD		p
		SL	%	SL	%	
Giới	Nam	250	79,6	64	20,4	0,188
	Nữ	395	75,7	127	24,3	
Thu nhập gia đình	Ổn định	488	79,1	129	20,9	0,021
	Không ổn định	155	71,4	62	28,6	
Năm thứ	1	146	78,9	39	21,1	0,014
	2	122	82,4	26	17,6	
	3	131	78,9	35	21,1	
	4	73	77,7	21	22,3	
	5	68	63,6	39	36,4	
	6	105	77,2	31	22,8	
BMI	Thiếu cân	174	79,8	44	20,2	0,008
	Bình thường	452	77,4	132	22,6	
	Thừa cân/Béo phì	19	55,9	15	44,1	

Sinh viên nữ có tỷ lệ TNDDTQ cao hơn nam giới, sinh viên đang học năm thứ 5 chiếm tỷ lệ TNDDTQ cao nhất, nhóm sinh viên có BMI ở mức thừa cân/béo phì chiếm tỷ lệ TNDDTQ

cao nhất và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với đặc điểm năm học, thu nhập gia đình, chỉ số BMI.

Bảng 4. Liên quan giữa trào ngược dạ dày – thực quản với thói quen sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu (n=836)

Thói quen sinh hoạt		Không GERD		GERD		P
		SL	%	SL	%	
Hút thuốc lá	Chưa từng	630	78,3	175	21,7	0,001
	Đã bỏ	6	50,0	6	50,0	
	Hiện đang hút	9	47,4	10	52,6	
Số ly cà phê uống trung bình 1 ngày	0 ly	488	78,2	136	21,8	0,382
	1 – 2 ly	144	74,2	50	25,8	
	3 – 4 ly	9	81,8	2	18,2	
	≥ 5 ly	4	57,1	3	42,9	

Nhóm ĐTNC hiện đang hút thuốc lá, uống trung bình ≥ 5 ly cà phê 1 ngày chiếm tỷ lệ TNDDTQ cao nhất và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với tình trạng hút thuốc lá.

Bảng 5. Liên quan giữa tỷ lệ trào ngược dạ dày – thực quản với tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu (n=836)

Tình trạng stress	Không GERD		GERD		P
	SL	%	SL	%	
Mức độ nhẹ	163	83,6	32	16,4	0,003
Mức độ vừa	451	76,3	140	23,7	
Mức độ nặng	31	62,0	19	38,0	

Nhóm sinh viên có tình trạng stress mức độ nặng chiếm tỷ lệ TNDDTQ cao nhất và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với tình trạng stress.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên y khoa Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

Biểu đồ 2 cho thấy sinh viên ngành Y khoa được chẩn đoán TNDDTQ khi khảo sát bằng bộ câu hỏi GERDQ chiếm tỷ lệ khá cao là 22,8%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nabil J. Awadalla⁶ có tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên các trường đại học về sức khỏe là 28,6% và nghiên cứu của nhóm tác giả Irene Martinucci⁷ có tỷ lệ TNDDTQ trên sinh viên các trường đại học ở Ý là 26,2%.

4.2. Một số yếu tố liên quan TNDDTQ ở sinh viên y khoa Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

Bảng 3 cho thấy: Nhóm sinh viên nữ có tỷ lệ TNDDTQ cao hơn nam giới với 24,3% tuy nhiên không có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với đặc điểm giới tính của ĐTNC

($p > 0,05$). Kết quả này tương tự về tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên nữ trong nghiên cứu của tác giả Nabil J. Awadalla⁶ (26,6%) nhưng thấp hơn về tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên nam (40,6%). Sự khác biệt này có thể do ĐTNC khác nhau, tác giả Nabil J. Awadalla chỉ báo cáo tỷ lệ trong tất cả các trường chứ không báo cáo tỷ lệ tính riêng cho các trường đào tạo về sức khỏe. Nhóm sinh viên đang học năm thứ 5 chiếm tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 36,4% và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với đặc điểm năm học của ĐTNC ($p < 0,05$). Nhóm ĐTNC có thu nhập gia đình không ổn định có tỷ lệ TNDDTQ cao hơn nhóm có thu nhập gia đình ổn định và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với thu nhập gia đình của ĐTNC ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nabil J. Awadalla⁶ cũng cho

thấy có mối liên quan giữa thu nhập gia đình với tỷ lệ TNDDTQ. Nhóm sinh viên có BMI ở mức thừa cân/béo phì có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 44,1% và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với chỉ số BMI của ĐTNC ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của nhóm tác giả Irene Martinucci⁷ có tỷ lệ TNDDTQ trong nhóm thừa cân béo phì là 42,1% và cũng cho thấy có mối liên quan giữa chỉ số BMI với TNDDTQ. Nghiên cứu của nhóm tác giả Abdulaziz A. Alrashed⁵ cũng cho tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên thừa cân béo phì là 30,1% và có mối liên quan giữa TNDDTQ và chỉ số BMI.

Kết quả ở bảng 4 cho thấy nhóm ĐTNC hiện đang hút thuốc lá có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 52,6% (10/19 sinh viên) và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với tình trạng hút thuốc lá của ĐTNC ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của nhóm tác giả Irene Martinucci⁷ có tỷ lệ TNDDTQ trong nhóm đang hút thuốc là 48,6% và cũng cho thấy có mối liên quan giữa GERD và tình trạng hút thuốc. Nghiên cứu của tác giả Nabil J. Awadalla⁶ cũng cho kết quả tương tự với 48,9% sinh viên đang hút thuốc được chẩn đoán TNDDTQ và cũng cho thấy có mối liên quan giữa TNDDTQ và tình trạng hút thuốc. Nghiên cứu của nhóm tác giả Abdulaziz A. Alrashed⁵ cũng cho tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên đang hút thuốc là 37,3% và có mối liên quan giữa TNDDTQ và tình trạng hút thuốc.

Bảng 4 cũng cho thấy nhóm ĐTNC uống trung bình ≥ 5 ly cà phê/ ngày có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 42,9% (3/7 sinh viên), tuy nhiên không có mối liên quan giữa số ly cà phê uống trung bình 1 ngày với tỷ lệ TNDDTQ của ĐTNC ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của nhóm tác giả Irene Martinucci⁷ có tỷ lệ TNDDTQ trong nhóm uống trung bình ≥ 5 ly cà phê/ngày là 41,3%. Tuy nhiên nghiên cứu của nhóm tác giả Irene Martinucci lại cho

thấy có mối liên quan giữa số ly cà phê uống trung bình 1 ngày với tỷ lệ TNDDTQ. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu và thói quen uống cà phê của ĐTNC trong 2 nghiên cứu khác nhau.

Theo bảng 5 cho thấy nhóm sinh viên có tình trạng stress mức độ nặng chiếm tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 38% (19/50 sinh viên) và có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với tình trạng stress của ĐTNC ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nabil J. Awadalla⁶ có tỷ lệ TNDDTQ trong nhóm stress mức độ nặng là 38,7% và cũng cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng stress và TNDDTQ.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ TNDDTQ ở sinh viên ngành Y khoa Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng là 22,8%. Trong đó:

- Sinh viên nữ có tỷ lệ TNDDTQ chiếm tỷ lệ cao hơn nam với 24,3%.
- Sinh viên đang học năm thứ 5 tỷ lệ TNDDTQ chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,4%.
- Sinh viên có thu nhập gia đình không ổn định có tỷ lệ TNDDTQ cao hơn nhóm có thu nhập gia đình ổn định.
- Nhóm sinh viên có BMI ở mức thừa cân/béo phì có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 44,1%.
- Nhóm sinh viên hiện đang hút thuốc lá có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 52,6%.
- Nhóm sinh viên uống trung bình ≥ 5 ly cà phê/ngày có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 42,9%.
- Nhóm sinh viên stress mức độ nặng có tỷ lệ TNDDTQ cao nhất với 38%.

5.2. Có mối liên quan giữa tỷ lệ TNDDTQ với đặc điểm năm học, thu nhập gia đình, chỉ số BMI, tình trạng hút thuốc và tình trạng stress của ĐTNC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Philip O. Katz, et al. ACG Clinical

- Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease, Am J Gastroenterol 2022. 117:27–56.
2. **R. Jones, O. Junghard, J. Dent, N. Vakil, K. Halling, B. Wernersson & T. Lind.** Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in primary care, Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2009. vol 30. pp 1030 – 1038.
 3. **Quách Trọng Đức, Hồ Xuân Linh.** Giá trị của bộ câu hỏi GERDQ trong chẩn đoán các trường hợp bệnh trào ngược dạ dày thực quản có hội chứng thực quản. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2012. Số 16. 15-22.
 4. **Catarina J, Mari-Ann W, Saga J, Roar J & Kristian Hveem.** Stressful psychosocial factors and symptoms of gastroesophageal reflux disease: a population-based study in Norway. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2010. vol 45. pp 21 – 29.
 5. **Abdulaziz A. Alrashed.** Prevalence and risk factors of gastroesophageal reflux disease among Shaqra University students, Saudi Arabia, Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019. Volume 8, Issue 2, 462-467.
 6. **Nabil J. Awadalla.** Personal, academic and stress correlates of gastroesophageal reflux disease among college students in southwestern Saudi Arabia: A cross-section study, Annals of Medicine and Surgery. 2019. Vol 47. pp 61–65.
 7. **Martinucci, et al.** Gastroesophageal reflux symptoms among Italian university students: epidemiology and dietary correlates using automatically recorded transactions. 2018. BMC Gastroenterol. 18 (2018) 116.
 8. **Sheldon Cohen, Tom K. and Robin M. A** Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24, No. 4. pp. 385-396.

TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC, TỰ CHĂM SÓC VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TIỂU ĐƯỜNG Ở MỘT SỐ BỆNH VIỆN CỘNG ĐỒNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Bửu Tân¹, Edreck D. Estioko²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc (TTSDT), tự chăm sóc (TCS) và chất lượng cuộc

sống (CLCS) của người bệnh (NB) tiểu đường. Đồng thời, tìm hiểu sự tương quan giữa các yếu tố này trong việc NB tự quản lý bệnh tiểu đường. **Phương pháp:** Nghiên cứu tương quan mô tả, trên 308 NB tiểu đường từ 40 - 59 tuổi đang điều trị ngoại trú tại một số bệnh viện cộng đồng ở Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Phần lớn NB tiểu đường tuân thủ dùng thuốc, tự chăm sóc và có chất lượng cuộc sống tốt liên quan đến sức khỏe. Có mối tương quan vừa phải giữa TTSDT và TCS ($r = 0,556$, KTC 95% [0,400 - 0,667], $p = 0,000$). Có mối tương quan vừa phải giữa TTSDT và CLCS ($r = 0,513$, KTC 95% [0,318 - 0,665], $p =$

¹Trường Đại học Công nghệ Tp Hồ Chí Minh

²Trinity University of Asia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bửu Tân

SĐT: 0385227427

Email: nguyenbuutan2018@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

0,000). Có mối tương quan chặt chẽ giữa việc TCS và CLCS ($r = 0,718$, KTC 95% [0,592 - 0,816], $p = 0,000$). Có mối liên quan giữa việc TTSDT, khả năng TCS và CLCS ($p = 0,000$). TTSDT ảnh hưởng đến CLCS ($p = 0,041$), việc TCS cũng ảnh hưởng đến CLCS ($p = 0,000$). Việc TTSDT và TCS ảnh hưởng đến CLCS 52,5% (Bình phương R hiệu chỉnh = 0,525). **Kết luận:** Để cải thiện CLCS của NB tiểu đường, việc tự quản lý bệnh tiểu đường phải được cải thiện thông qua việc TTSDT và TCS.

Từ khóa: tuân thủ sử dụng thuốc, tự chăm sóc, chất lượng cuộc sống, bệnh tiểu đường, bệnh tiểu đường type 2

SUMMARY

MEDICATION ADHERENCE, SELF-CARE AND QUALITY OF LIFE AMONG ADULT DIABETIC PATIENTS IN SELECTED COMMUNITY HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Objective: This study aimed to assess medication adherence, self-care, and quality of life in adult diabetic patients. **Method:** A descriptive-correlational research design on 308 adult diabetic patients from 40 - 59 years old, at outpatient department of community hospitals in Ho Chi Minh City. **Results:** This study found remarkable results. The majority of diabetic patients are medication adherence, self-care, and have a good health-related quality of life. There is moderate correlation between medication adherence and self-care ($r = 0.556$, 95% CI [0.400 - 0.667], $p = 0.000$). There is moderate correlation between medication adherence and quality of life ($r = 0.513$, 95% CI [0.318 - 0.665], $p = 0.000$). There is strong correlation between self-care and quality of life ($r = 0.718$, 95% CI [0.592 - 0.816], $p = 0.000$). There is a significant relationship between the self-assessed medication adherence, self-care and health-related quality of life ($p = 0.000$). Medication adherence affects quality of life ($p = 0.041$), self-care also affects quality of life ($p = 0.000$). Medication adherence and self-care affect

52.5% to quality of life (Adjusted R Square = 0.525). **Conclusion:** In order to improve the quality of life of diabetic patients, self-management of diabetes must be improved through medication adherence and self-care.

Keywords: medication adherence, self-care, quality of life, diabetes, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tiểu đường là một loại bệnh lý mạn tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Thật vậy, đã có nhiều nghiên cứu với các số liệu thống kê về tỷ lệ mắc mới, mức độ gia tăng của bệnh tiểu đường ở nước ta trong những năm qua. Do đó, gánh nặng bệnh tật do bệnh tiểu đường đã trở nên đáng kể ở Việt Nam [1]. Đã có báo cáo rằng, những NB mắc bệnh mãn tính tuân thủ điều trị có thể cải thiện CLCS và ngược lại [2]. Mặc dù người ta kỳ vọng rằng TTSDT được cải thiện sẽ có tác động tích cực đến CLCS ở NB tiểu đường thông qua kết quả lâm sàng tốt hơn, nhưng những phát hiện trong tài liệu lại trái ngược nhau. Do đó, điều quan trọng là phải cung cấp thêm các hiểu biết sâu sắc hơn về tác động của CLCS đối với việc tuân thủ điều trị bằng thuốc trị tiểu đường [3]. Bên cạnh đó, việc tuân thủ thực hành TCS bệnh tiểu đường đã cho thấy CLCS tốt hơn [4].

Tuy nhiên, một nghiên cứu kết hợp cả ba yếu tố là TTSDT, TCS và CLCS của NB tiểu đường chưa được thực hiện ở Việt Nam. Như một điều tất yếu và xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, nghiên cứu này muốn đánh giá sâu hơn về TTSDT, TCS, CLCS và mối tương quan giữa các yếu tố này của NB tiểu đường tại các bệnh viện cộng đồng được lựa chọn ở Thành phố Hồ Chí Minh để đưa ra khuôn khổ cải thiện về quản lý bệnh tiểu đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh tiểu đường được điều trị ngoại trú tại một số bệnh viện cộng đồng được chọn ở Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2022 - 01/2023.

2.1.1. Tiêu chí lựa chọn: người bệnh được điều trị bệnh tiểu đường ngoại trú ít nhất một năm, từ 40 - 59 tuổi, có khả năng giao tiếp tốt và đọc, hiểu tốt bộ câu hỏi, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chí loại trừ: người bệnh tiểu đường được điều trị ngoại trú dưới một năm, ngoài độ tuổi 40 - 59 tuổi, không có khả năng giao tiếp tốt, không có khả năng đọc và hiểu tốt bộ câu hỏi, không hoàn thành bộ câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: dùng thiết kế nghiên cứu tương quan.

2.2.1. Cỡ mẫu

Sử dụng phân tích G-power, nghiên cứu này yêu cầu một cỡ mẫu tối thiểu là 279 người bệnh với $r = 0,167$ về mối tương quan giữa TTSDT và CLCS [5], $r = 0,167$ được chọn vì nó góp phần tính toán cỡ mẫu tối thiểu, cỡ mẫu này phù hợp và có giá trị hơn các cỡ mẫu từ các hệ số r khác, sau đó cộng thêm 10% cho dữ liệu có khả năng bị mất trong quá trình thu thập. Vì vậy, cỡ mẫu cho nghiên cứu này là 308 người bệnh. Tính toán này có hiệu suất (khả năng quyết định đúng) “power ($1 - \beta$) là 80%”, kích thước hiệu ứng là 50% và sai lầm loại 1 (α) là 5%.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên đơn giản, một loại lấy mẫu xác suất, trong loại lấy mẫu này, các đối tượng của mẫu được chọn ngẫu nhiên. Cụ thể, sau khi

điều dưỡng viên sắp các sổ khám bệnh của người bệnh tiểu đường theo số thứ tự đăng ký khám bệnh, nghiên cứu viên rút ngẫu nhiên một sổ khám bệnh và áp dụng tiêu chuẩn chọn vào, tiêu chuẩn loại ra để chọn mẫu. Cách làm này được lặp lại nhiều lần đến khi có đủ số lượng mẫu. Cách thứ hai, tận dụng sự ngẫu nhiên của việc đăng ký số thứ tự khám bệnh (xem đó như một cách bốc thăm).

2.2.3. Bộ câu hỏi nghiên cứu

Nghiên cứu dùng các bộ câu hỏi về tuân thủ sử dụng thuốc, tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống được chuyển ngữ từ tiếng Anh sang tiếng Việt để khảo sát. Độ tin cậy của các bộ câu hỏi khảo sát về tuân thủ sử dụng thuốc, tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống lần lượt là 0.95, 0.87, 0.92. Thang điểm Likert 4 được sử dụng cho các tiêu chí đánh giá (1 điểm: rất không đồng ý, 2 điểm: không đồng ý, 3 điểm: đồng ý, 4 điểm: rất đồng ý).

2.2.4. Xử lý số liệu và phép kiểm định

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Kiểm định Pearson r được dùng để tìm mối tương quan giữa các biến số định lượng là tuân thủ sử dụng thuốc, tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống. Phân tích hồi quy đa biến được sử dụng để tìm hiểu mối liên quan giữa biến số phụ thuộc (chất lượng cuộc sống) với hai biến số độc lập (tuân thủ sử dụng thuốc và tự chăm sóc).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự tự đánh giá của NB tiểu đường về tuân thủ sử dụng thuốc, tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống thông qua các khía cạnh cụ thể của từng vấn đề

Bảng 1. Điểm trung bình chung và riêng của từng khía cạnh trong vấn đề TTSDT

Tuân thủ sử dụng thuốc	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuân thủ sự kê đơn	3,08	0,29
Thái độ đối với thuốc	3,11	0,29
Liệu pháp được lý	3,09	0,31
Điểm trung bình và độ lệch chuẩn chung	3,09	0,30
Tỷ lệ NB tuân thủ sử dụng thuốc	77,3%	

Điểm trung bình TTSDT ở khía cạnh tuân thủ sự kê đơn là $3,08 \pm 0,29$; thái độ tuân thủ với thuốc là $3,11 \pm 0,29$; liệu pháp được lý là $3,09 \pm 0,31$ và điểm trung bình chung của vấn

đề TTSDT là $3,09 \pm 0,30$. NB tuân thủ sử dụng thuốc chiếm một tỷ lệ khá cao là 77,3%.

Bảng 2. Điểm trung bình chung và riêng từng khía cạnh của vấn đề tự chăm sóc

Tự chăm sóc	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Ý thức sức khỏe	3,05	0,40
Dinh dưỡng	2,75	0,44
Hoạt động thể chất và giấc ngủ	2,81	0,51
Hoạt động cá nhân và với những người xung quanh	2,64	0,47
Điểm trung bình và độ lệch chuẩn chung	2,81	0,46
Tỷ lệ NB có khả năng tự chăm sóc đạt yêu cầu	70,2%	

Điểm trung bình ở khía cạnh ý thức sức khỏe là $3,05 \pm 0,40$; dinh dưỡng là $2,75 \pm 0,44$; hoạt động thể chất và giấc ngủ là $2,81 \pm 0,51$; hoạt động cá nhân và với những người xung quanh là $2,64 \pm 0,46$ và điểm trung bình chung của vấn đề TCS là $2,81 \pm 0,46$. Tỷ lệ NB có khả năng tự chăm sóc đạt yêu cầu là 70,2%.

Bảng 3. Điểm trung bình chung và riêng của từng khía cạnh trong vấn đề chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sức khỏe thể chất	2,80	0,39
Tâm lý	2,70	0,30
Mối quan hệ xã hội	2,87	0,31
Môi trường	2,90	0,26
Điểm trung bình và độ lệch chuẩn chung	2,82	0,32
Tỷ lệ NB có CLCS đạt yêu cầu	70,5%	

Điểm trung bình ở khía cạnh sức khỏe thể chất là $2,80 \pm 0,39$; tâm lý là $2,70 \pm 0,30$; mối quan hệ xã hội là $2,87 \pm 0,31$; môi trường là $2,90 \pm 0,26$ và điểm trung bình chung của vấn đề CLCS là $2,82 \pm 0,32$. Tỷ lệ NB có chất lượng cuộc sống đạt yêu cầu là 70,5%.

3.2. Mối tương quan giữa các yếu tố TTSDT, TCS và CLCS

Bảng 4. Tóm tắt mối tương quan theo cặp giữa các yếu tố tuân thủ sử dụng thuốc, tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống

Khía cạnh tương quan	Hệ số tương quan r (KTC 95%)	p	Kết luận
TTSDT và TCS	0,556 (0,400 - 0,667)	0,000	Tương quan vừa phải
TTSDT và CLCS	0,513 (0,318 - 0,665)	0,000	Tương quan vừa phải
CLCS và TCS	0,718 (0,592 - 0,816)	0,000	Tương quan mạnh

Mức độ tương quan [6]

0.90 – 1.00: Rất chặt chẽ

0.70 – 0.89: Chặt chẽ (mạnh)

0.40 – 0.69: Vừa phải (trung bình)

0.11 – 0.39: Yếu

0.00 – 0.10: Không đáng kể

3.3. Sự ảnh hưởng của hai yếu tố TTSDT và TCS đến CLCS

Có mối liên quan giữa việc TTSDT, khả năng TCS và CLCS ($p = 0,000$). TTSDT ảnh hưởng đến CLCS ($p = 0,041$), việc TCS cũng

ảnh hưởng đến CLCS ($p = 0,000$). Việc TTSDT và TCS ảnh hưởng đến CLCS 52,5% (Bình phương R hiệu chỉnh = 0,525).

IV. BÀN LUẬN

Mối tương quan giữa TTSDT với TCS được tìm thấy trong nghiên cứu này được hỗ trợ và đồng ý bởi bằng chứng từ các kết quả nghiên cứu cụ thể trước đó. Krzemińska và cộng sự đã kết luận trong nghiên cứu của họ rằng việc TCS ảnh hưởng đến TTSDT ở NB

tiểu đường tuýp 2. Hành vi quản lý TCS có tác động đáng kể đến TTSDT ở NB tiểu đường tuýp 2. Mức độ tự tin vào năng lực bản thân trong từng lĩnh vực hoạt động càng cao thì mức độ tuân thủ càng cao [7]. Đồng thời, Chantzaras và Yfantopoulos gần đây đã đưa ra một phát hiện thú vị rằng TTSDT có tác động tích cực đến việc tự chăm sóc bản thân [3].

Có mối tương quan vừa phải giữa TTSDT và CLCS. Phát hiện này đồng ý với các tác giả trước đó. Cụ thể, đã có nghiên cứu báo cáo rằng, những NB mắc bệnh mãn tính tuân thủ điều trị có thể cải thiện chất lượng cuộc sống và ngược lại [1]. Ngoài ra, Chantzaras và Yfantopoulos cũng kết luận rằng, phân tích tương quan cho thấy mối tương quan nghịch đáng kể giữa việc không tuân thủ dùng thuốc với chất lượng cuộc sống và mối tương quan thuận giữa TTSDT và CLCS [2]. Tuy nhiên, NB có thể ngừng dùng thuốc vì họ cảm thấy tốt hơn và chất lượng cuộc sống được cải thiện, điều mà họ coi là dấu hiệu của bệnh đã khỏi. Hơn nữa, người bệnh cũng có thể ngừng dùng thuốc vì họ cảm thấy tồi tệ hơn và họ cho rằng đây là kết quả của việc điều trị không tốt [3].

Nghiên cứu tìm thấy mối tương quan chặt chẽ giữa TCS và CLCS. Các nghiên cứu trước đây cho thấy các hoạt động TCS bệnh tiểu đường có liên quan tích cực đến sức khỏe, CLCS và kiểm soát đường huyết tốt hơn [4]. Điều thú vị là, một nghiên cứu gần đây (2023) đã lưu ý rằng, CLCS của những người mắc bệnh tiểu đường tuýp 2 sống ở miền Tây Ethiopia được dự đoán tích cực nhờ thực hành tự quản lý sức khỏe [8].

Ngoài những mối tương quan từ vừa phải đến chặt chẽ giữa TTSDT, TCS và CLCS thì nghiên cứu còn phát hiện rằng cần có sự phối hợp của cả TTSDT và TCS để tạo nên một sự ảnh hưởng nhất định đến khả năng cải thiện CLCS cho người bệnh tiểu đường.

Do đó, những phát hiện này góp phần chứng minh tầm quan trọng của việc tự chăm

sóc và tuân thủ sử dụng thuốc đối với bệnh tiểu đường và mục tiêu cuối cùng của việc tự chăm sóc và tuân thủ sử dụng thuốc là hướng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Để cải thiện CLCS của NB tiểu đường, việc tự quản lý bệnh tiểu đường phải được cải thiện thông qua việc TTSDT và TCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nagai, M., Matsumoto, S., Tanuma, J., Nguyen, D. H. T., Nguyen, D. T., Mizushima, D., Oka, S., Pham, T. N. (2023), Prevalence of and factors associated with diabetes mellitus among people living with HIV in Vietnam, *Glob Health Med*, 5(1), 15-22. <https://doi.org/10.35772/ghm.2022.01061>
2. Pratama, I., Andayani, T., Kristina, S. (2019), Knowledge, adherence and quality of life among type 2 diabetes mellitus patients, *Int Res J Pharm*, 10(4), 52-55.
3. Chantzaras, A., Yfantopoulos, J. (2022), Association between medication adherence and health-related quality of life of patients with diabetes. *Hormones*, 21(4), 691-705, <https://doi.org/10.1007/s42000-022-00400-y>
4. Zhao, F. F., Suhonen, R., Katajisto, J., Stolt, M., Leino-Kilpi, H. (2019), Association between diabetes-related self-care activities and positive health: a cross-sectional study, *BMJ open*, 9(7), e023878, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023878>
5. Farhat, R., Assaf, J., Jabbour, H., Licha, H., Hajj, A., Hallit, S., Khabbaz, L. R. (2019), Adherence to oral glucose lowering drugs, quality of life, treatment satisfaction and illness perception: A cross-sectional study in patients with type 2 diabetes, *Saudi pharmaceutical journal*, 27(1), 126-132, <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2018.09.005>
6. Schober, P., Boer, C., Schwarte, L. A. (2018), Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768, <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000002864>

7. Krzemińska, S., Lomper, K., Chudiak, A., Ausili, D., Uchmanowicz, I. (2021), The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes, *Acta Diabetologica*, 58, 437-445.
8. Diriba, D. C., Leung, D. Y. P., Suen, L. K. P. (2023), Factors predicted quality of life of people with type 2 diabetes in western Ethiopia. *PLoS One*, 18(2), e0281716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281716>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ TÁC DỤNG PHỤ CỦA PHÁC ĐỒ 4 THUỐC CÓ BISMUTH PTMB TRONG DIỆT TRỪ *HELICOBACTER PYLORI* Ở BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Hoàng Thị Cúc¹, Trần Thị Yến¹, Nguyễn Anh Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổ chức y tế thế giới khẳng định nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) là bệnh nhiễm trùng. *H.pylori* là tác nhân chính gây ra nhiều bệnh lý như: viêm dạ dày mạn teo, loét dạ dày-tá tràng, u lympho dạ dày, ung thư dạ dày. *H. pylori* vẫn được coi là nguyên nhân chính dẫn đến loét dạ dày và loét tá tràng. Điều trị *H.pylori* là vấn đề rất cần thiết, đặc biệt ở các quốc gia có tỷ lệ nhiễm và ung thư dạ dày cao như nước ta. Sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB (ức chế bơm proton + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth) được hội khoa học tiêu hóa Việt Nam năm 2022 khuyến cáo là phác đồ lựa chọn đầu tiên cho bệnh nhân nhiễm *H. pylori* chưa từng điều trị hoặc thất bại điều trị trước đó. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có bismuth PTMB trong diệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân loét dạ dày tá

tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiến hành trên 34 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng nhiễm *Helicobacter pylori* tại bệnh viện Đại học y khoa Vinh từ 04/2023 – 04/2024. **Kết quả:** Nam chiếm 67,6 %, nữ 32,4%, tuổi trung bình $52,1 \pm 13,5$. Tỷ lệ diệt trừ thành công của phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB là 91,2%. Tỷ lệ diệt trừ thành công lần đầu 93,1%, lần 2 là 80%. 44,1 % bệnh nhân có tác dụng phụ và đều ở mức nhẹ. **Kết luận:** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB có tỷ lệ diệt trừ cao. Tác dụng phụ gặp ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB, *Helicobacter pylori*, hiệu quả điều trị.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS AND SIDE EFFECTS OF 4-DRUG REGIMEN WITH BISMUTH PTMB IN ERATING *HELICOBACTER PYLORI* IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: The World Health Organization confirms that *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) infection is an infectious disease. *H.pylori* is the main cause of many diseases such as chronic atrophic gastritis, gastric and duodenal

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Cúc

SĐT: 0946803767

Email: hoangcucykv88@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

ulcers, gastric lymphoma, and gastric cancer. *H.pylori* is still considered the main cause of gastric ulcers and duodenal ulcers. Treatment of *H.pylori* is a very necessary issue, especially in countries with high rates of infection and stomach cancer like ours. Using a 4-drug regimen containing Bismuth PTMB (Proton pump inhibitor + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth) is recommended by the Vietnam Gastroenterology Association in 2022 as the first choice regimen for patients with *H.pylori* infection who have never been treated or have failed previous treatment. **Objective:** Evaluation of treatment outcomes and side effects of the 4-drug regimen containing bismuth PTMB in eradicating *Helicobacter pylori* in patients with peptic ulcer disease. **Methods:** Descriptive study of a series of cases, conducted on 34 patients with *Helicobacter pylori*-infected gastric and duodenal ulcers at Vinh University of Medicine and Pharmacy Hospital from April 2023 to April 2024. **Results:** Men account for 67.6%, women 32.4%, average age 52.1 ± 13.5 . The successful eradication rate of the 4-drug regimen with Bismuth PTMB is 91.2%. The first successful extermination rate is 93.1%, the second is 80%). 44.1% of patients had side effects and they were all mild. **Conclusion:** The 4-drug regimen with Bimuth PTMB has a high eradication rate. Side effects are mild.

Keywords: 4-drug regimen includes Bismuth PTMB, *helicobacter pylori*, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới khẳng định nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) là bệnh nhiễm trùng, tỷ lệ nhiễm ở Việt Nam trên 70 % [1]. *H.pylori* là tác nhân chính gây ra nhiều bệnh lý như: viêm dạ dày mạn teo, loét dạ dày-tá tràng, u lympho dạ dày, ung thư dạ dày. Cho đến nay, nhiễm *H.pylori* vẫn được coi là nguyên nhân chính dẫn đến loét dạ dày và loét tá tràng. Do đó việc diệt trừ *H.pylori* là vấn đề rất cần thiết, đặc biệt ở các quốc gia có tỷ lệ

nhiễm và ung thư dạ dày cao như nước ta. Những đồng thuận về diệt trừ *H. pylori* dựa trên những khuyến cáo mới nhất trên thế giới như Hội tiêu hóa thế giới 2021, Maastricht VI 2022 đều chỉ ra rằng: sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth được khuyến cáo là phác đồ lựa chọn đầu tiên cho bệnh nhân nhiễm *H. pylori* chưa từng điều trị hoặc thất bại điều trị trước đó và thời gian tối ưu cho tất cả phác đồ là 14 ngày [2]. Các dữ liệu trên thế giới cũng như một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy hiệu quả diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ 4 thuốc có Bismuth rất cao.

Hội nghị khoa học tiêu hóa Việt Nam (2022) đưa ra đồng thuận chẩn đoán và điều trị nhiễm *H.pylori*. Phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB (ức chế bơm proton + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth) là phác đồ được ưu tiên lựa chọn đầu tiên cho bệnh nhân nhiễm *H.pylori* lần đầu và nếu trước đó chưa từng sử dụng phác đồ này [3]. Việc ứng dụng đồng thuận vào thực hành lâm sàng còn tùy thuộc vào nguồn lực tại chỗ. Các nghiên cứu về phác đồ PTMB ở Việt Nam chủ yếu thực hiện ở miền Bắc và miền Nam. Chính vì vậy đề có thêm dữ liệu về hiệu quả diệt trừ *H.pylori* bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth PTMB tại Nghệ An và đối chiếu dữ liệu với khu vực cũng như thế giới chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả diệt trừ *Helicobacter pylori* bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth PTMB ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện trường đại học Y khoa Vinh.

2. Tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Trường đại học Y khoa Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại khoa khám bệnh và khoa Nội tổng

hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Khoa Vinh từ tháng 03/2023 đến 04/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân loét dạ dày và/hoặc tá tràng. Nhiễm *Helicobacter pylori* với kết quả Clo- test dương tính. Tuổi ≥ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dị ứng các thuốc trong phác đồ nghiên cứu. Bệnh nội khoa nặng: suy gan, suy thận nặng. Đã thất bại với với phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB trước đó. Phụ nữ có thai, đang cho con bú. Bệnh nhân không tái khám theo thiết kế nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, Phương pháp chọn mẫu

Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn bệnh và tiêu chí loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi chọn được 34 bệnh nhân.

2.5. Biến số nghiên cứu

Tuổi: tính bằng năm. Giới: nam, nữ. Tiền sử: dị ứng, hút thuốc lá, diệt trừ *H.pylori* trước đó. Triệu chứng lâm sàng, Vị trí ô loét. Clo test: dương, âm trước và sau điều trị. Theo dõi tác dụng phụ khi dùng thuốc: mệt mỏi, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đắng miệng, tiêu chảy, mẩn ngứa..., tuân thủ dùng thuốc

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Tất cả các bệnh nhân nằm trong nhóm nghiên cứu được thực hiện theo thứ tự các bước sau:

+ Bước 1: Tiếp nhận bệnh nhân, hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, chỉ định nội soi dạ dày, tá tràng, xét nghiệm *H.pylori* bằng test urease nhanh (Clo – test). Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

+ Bước 2: Bệnh nhân được điều trị diệt trừ *H.pylori* bằng phác đồ PTMB trong 14 ngày gồm : Rabeprazol (Pariet) 20 mg x 2 lần/ ngày; Bismuth subcitrate (Trymo) 120mg x 4 lần/ngày; Tetracycline 500mg x 4 lần/ngày; Metronidazol (Flagyl) 500mg x 3 lần/ngày. Sau đó bệnh nhân tiếp tục dùng PPI đủ 28 ngày, rồi ngưng thuốc và hẹn khám lại sau 2 - 4 tuần.

+ Bước 3: Bệnh nhân tái khám. Tiến hành nội soi dạ dày, Clo- test lần 2, đánh giá kết quả sau điều trị và ghi nhận các tác dụng phụ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được nhập vào phần mềm Medcalc 20.008 và Excel 2021. Kết quả được trình bày theo tỷ lệ %, giá trị trung bình. Các test thống kê so sánh tỷ lệ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ với độ tin cậy 95% có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích mục đích, nội dung và sự đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật. Đề tài được thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Khoa Vinh số 1274/QĐ-ĐHYKV-QLKH.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		n	%
Giới	Nữ	11	32,4
	Nam	23	67,6
Tuổi trung bình	$\bar{X} \pm SD = 52,1 \pm 13,5$		
Tiền sử điều trị <i>H.pylori</i>	Điều trị lần đầu	29	85,3
	Điều trị lần 2	5	14,7
Vị trí loét	Loét dạ dày	20	58,8
	Loét tá tràng	14	41,2
	Loét dạ dày + Loét tá tràng	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 67,6% nhiều hơn nữ 42,4 %. Đa số bệnh nhân điều trị diệt *H.pylori* lần đầu (85,3 %). Ổ loét dạ dày (58.8%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với loét tá tràng (41,2%), không có bệnh nhân nào vừa có loét dạ dày + tá tràng.

3.2. Kết quả điều trị diệt *Helicobacter pylori* bằng phác đồ 4 thuốc có Bismuth ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

* Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* của phác đồ 4 Thuốc Có Bismuth PTMB

Bảng 2. Kết quả điều trị *H.pylori*

Đối tượng	Số BN điều trị (n)	Tỷ lệ diệt trừ theo nghiên cứu		
		Thành công (n,%)	Thất bại (n,%)	p
Chung	34	31 (91,2)	3 (8,8)	p=0,35
Điều trị lần đầu	29	27 (93,1)	2 (6,9)	
Điều trị lần 2	5	4 (80)	1 (20)	

Nhận xét: Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công là 91.2 %. Sự khác biệt về tỷ lệ diệt trừ thành công giữa điều trị lần đầu và lần 2 không ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* theo nhóm tuổi, giới, hút thuốc lá

Bảng 3. Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* theo nhóm tuổi, giới, hút thuốc lá

Nhóm tuổi, giới, hút thuốc lá	Số BN	Thành công (n,%)	Thất bại (n,%)	p
Tuổi	<60	21(100)	18 (85,7)	0,3506
	≥60	13 (100)	13 (100)	
Giới	Nữ	11 (100)	10 (90,9)	0,9701
	Nam	23 (100)	21 (91,3)	
Hút thuốc lá	Có	17 (100)	14 (82,3)	0,0739
	Không	17 (100)	17 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công theo nhóm tuổi, giới, hút thuốc lá không có sự khác biệt với p đều $> 0,05$

* Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc theo phác đồ

Bảng 4: Mức tuân thủ dùng thuốc

Mức độ tuân thủ dùng thuốc	Số bệnh nhân n, %
< 80 %	0, (0)
≥ 80 % - ≤90%	5 (14.7)
> 90 %)	29 (85,3)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều tuân thủ điều trị, trong đó tỷ lệ tuân thủ tốt (>90%) chiếm 85,3%.

3.3. Tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB

* Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng phụ

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng phụ

Tác dụng phụ	n	%
Có	15	44,1
Không	19	55,9
Tổng	34	100,0

Nhận xét: 85,3% bệnh nhân có tác dụng phụ khi sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth.

* Tỷ lệ phân bố tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có Bismuth

Bảng 6. Tỷ lệ phân bố tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có Bismuth

Tác dụng phụ	n	%	Tác dụng phụ	n	%
Mệt mỏi	15	43,2	Khô miệng	3	8,8
Buồn nôn, nôn	4	11,8	Chóng mặt, nhức đầu	4	11,8
Chán ăn	6	17,6	Tiêu chảy	1	2,9
Đắng miệng	7	20,6	Mẩn ngứa ở da	0	0,0

Nhận xét: Tác dụng phụ thường gặp nhất là mệt mỏi (43,2%), và buồn nôn, nôn chiếm 41,1%, đắng miệng chiếm 20,6%, tiêu chảy chiếm 2,9 %. Không ghi nhận trường hợp nào nổi mẩn ngứa.

*** Mức độ tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có bismuth**

Bảng 7. Mức độ tác dụng phụ phác đồ 4 thuốc có bismuth

Mức độ tác dụng phụ	Số BN (n,%) n=15
Nhẹ thoáng qua	15 (100)
Vừa, không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày	0 (0,0)
Nặng, có ảnh hưởng ít đến sức khỏe, sinh hoạt hàng ngày, phải ngưng thuốc	0 (0,0)

Nhận xét: Các BN gặp tác dụng phụ của phác đồ đều ở mức nhẹ, thoáng qua.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Ở bảng 1 cho thấy nam chiếm 67.6% cao hơn nữ chiếm 32.4%. Tác giả Đoàn Thái Ngọc nghiên cứu 75 bệnh nhân viêm loét dạ dày có nhiễm H. pylori nam chiếm 57,7% nhiều hơn nữ 49,3% [4]. Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $52,1 \pm 13,5$ tuổi. Tác giả Kha Hữu Nhân (2022) tuổi trung bình $48,8 \pm 13,65$ [5]. Đoàn Thái Ngọc tuổi trung bình là $42,73 \pm 13,69$ [4], Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu không đồng nhất giữa các nghiên cứu. Đặc điểm bệnh nhân có tiền sử điều trị H.pylori lần đầu trong nghiên cứu chiếm đa số với tỷ lệ 85,3%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ: 75,0% bệnh nhân H.pylori chưa được điều trị và 25,0% bệnh nhân đã từng điều trị diệt trừ thất bại [6]. BN loét dạ dày chiếm 58,8 %, BN loét tá tràng chiếm 41,2 %. Loét dạ dày chiếm tỷ lệ cao hơn trong bệnh lý loét dạ dày tá tràng điều này được cho thấy trong nghiên cứu chúng tôi cũng như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [4], [6].

4.2. Kết quả điều trị diệt Helicobacter pylori bằng phác đồ 4 thuốc có Bismuth ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

*** Kết quả điều trị của phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB**

Tỷ lệ diệt trừ H.pylori trong nghiên cứu chúng tôi theo là 91,2%. Nhóm bệnh nhân điều trị diệt H.pylori lần đầu thì tỷ lệ này là 93,1 %, và điều trị lần 2 là 80 %. Không có sự khác biệt về tỷ lệ diệt trừ lần đầu và lần 2 với $p=0,05$. Kết quả này cao hơn so với tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ 90,7% [6]. Tuy nhiên tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ tiêu chuẩn điều trị diệt trừ thành công khi cả 3 xét nghiệm Clo- test, mô bệnh học ở hang vị và mô học ở thân vị đều âm tính.

Sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth, Kha Hữu Nhân (2022) tỷ lệ diệt trừ thành công là 95,29% [5]. Tác giả Feng Woei Tsay nghiên cứu 164 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng và ghi nhận kết quả diệt trừ Helicobacter pylori thành công là 93,9% [7]. So sánh với các nghiên cứu sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth điều trị diệt H.pylori trong 14 ngày kết quả chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác

đều ghi nhận hiệu quả phác đồ 4 thuốc có Bismuth đều > 90%.

*** Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* theo nhóm tuổi, giới, hút thuốc lá**

Với phác đồ PTMB, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công ở nhóm <60 tuổi đạt 86,6%, nhóm ≥ 60 tuổi đạt 100%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi cũng không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* giữa bệnh nhân nam và nữ. Tỷ lệ thành công ở bệnh nhân nữ (90,9% tương đương nam (91,3%). Nhận định này tương tự tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ [6].

Bệnh nhân hút thuốc lá làm giảm hiệu quả diệt trừ *H.pylori*. Ghi nhận của chúng tôi, kết quả diệt *H.pylori* ở bệnh nhân có hút thuốc lá (82,3%) thấp hơn bệnh nhân không hút thuốc lá (100%), do cơ mẫu còn hạn chế nên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Nhưng hội khoa học tiêu hóa Thế giới cũng như Việt Nam đều nhấn mạnh hút thuốc lá có ảnh hưởng xấu đến thành công của điều trị [1], [3].

*** Mức độ tuân thủ điều trị**

Chúng tôi chọn ngưỡng tuân thủ là ≥80 %. Chúng tôi dành nhiều thời gian để tư vấn cách dùng thuốc. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều tuân thủ dùng thuốc. Tuy nhiên tỷ lệ dùng thuốc > 90% đạt 85,3%, thấp hơn so với Đặng Ngọc Quý Huệ tỷ lệ dùng thuốc > 90 % đạt 96% [6].

*** Tác dụng phụ của phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xuất hiện tác dụng phụ là 44,1%. Tác dụng phụ hay gặp là mệt mỏi chiếm 44,1%, buồn nôn, nôn 11,8 %, đắng miệng 20,6%, chán ăn 17,6% BN điều trị, tiêu chảy 2,9 %. Không có BN nào gặp tác dụng phụ nổi mẩn ngứa da. Đối chiếu một số nghiên cứu của các tác giả trong nước, chúng tôi ghi nhận: Tác giả Đoàn Thái Ngọc tỷ lệ tác dụng phụ của phác đồ RTMB là 16%, trong đó buồn nôn 8%, đắng miệng 5,3%, tiêu chảy 2,7%, mẩn ngứa 0%

[4]. Feng Woei Tsay ghi nhận 55,5% bệnh nhân xảy ra tác dụng không mong muốn bất kỳ, trong đó buồn nôn chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,7%. Tác dụng ít gặp nhất với 0,6% [7]. Các nghiên cứu khác nhau về cỡ mẫu, khác nhau vùng miền, và cách sử dụng thuốc cũng như biệt dược khác nhau, điều này cũng có thể giải thích được sự không tương đồng về tỉ lệ xảy ra các tác dụng không mong muốn qua các nghiên cứu.

Tóm lại, phác đồ RTMB có hiệu quả diệt trừ cao, tác dụng phụ ở mức nhẹ, nên lựa chọn phác đồ RTMB để diệt trừ *H.pylori* nhằm mục đích mang lại hiệu quả về mặt điều trị lẫn kinh tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ diệt trừ thành công của phác đồ PTMB là 91,6%. Tỷ lệ BN gặp tác dụng phụ là 44,1% và đều ở mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Gastroenterology Organisation Global Guidelines**, *Helicobacter pylori* 2021.
2. **Malfertheiner P, et al.** Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/ Florence consensus report Gut 2022; 71:1724-1762. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745
3. **VNAGE.** Consensus Frontiers in Medicine 2022.
4. **Đoàn Thái Ngọc, Huỳnh Hiếu Tâm** (2021), “Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ 4 thuốc có Bismuth diệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021”, Tạp chí Y Dược Cần Thơ, 43, tr.29-35
5. **Kha Hữu Nhân, Dương Hiền Thảo Lan** (2022), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị bệnh nhân viêm loét dạ dày-tá tràng nhiễm *helicobacter pylori* bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth”, Tạp chí y Dược học Cần Thơ 2022-53, trang 53- 59.
6. **Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, Nguyễn Thanh Hải** (2016) “Viêm dạ dày

mạn do *Helicobacter pylori*: Hiệu quả diệt trừ của phác đồ bốn thuốc chứa bismuth (EBMT)”. Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2016; IX (45): 2862-2871.

7. **Feng-Woei Tsay, Deng-Chyang Wu, Hsien-Chung Yu** (2017), “Both 14- day hybrid and bismuth quadruple therapies cure most patients with *Helicobacter pylori* infection in populations with moderate antibiotic

resistance: a randomized controlled trial”, American Society for Microbiology, pp.1-33. <http://aac.asm.org/>

8. **Nguyễn Thanh Liêm** (2020), Ảnh hưởng của kiểu gen CYP2C19 đến tỷ lệ diệt trừ nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân loét tá tràng bằng phác đồ bốn thuốc Rabeprazol, Bismuth, Tetracycline và Tinidazole, Tạp chí Y - Dược quân sự, (3), tr.10-14.

SIÊU ÂM TĨNH MẠCH CẢNH TRONG Ở BỆNH NHÂN SUY TIM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thị Hải Yến¹, Cao Trường Sinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải và mối liên quan với một số yếu tố tiên lượng suy tim khác ở BN suy tim. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân suy tim trong đó 13 bệnh nhân nam (43,33%) và 17 bệnh nhân nữ (56,67%), tuổi trung bình là 69,8 tuổi, tất cả bệnh nhân được siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải, đánh giá tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang trước và trong nghiệm pháp Valsalva trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Kết quả dương tính khi tỷ lệ < 0.6 (phản ánh áp lực nhĩ phải > 12 mmHg). **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi 19 BN (63,33%) có kết quả dương tính, tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang tĩnh mạch cảnh trong phải trung bình là 0.62. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm kết quả âm tính và dương tính về đặc

điểm lâm sàng, xét nghiệm và nguyên nhân suy tim. Chỉ số tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang tĩnh mạch cảnh trong phải ít có mối tương quan với phân suất tống máu thất trái ($r = -0.24$, $p > 0.05$), nhưng có mối tương quan chặt chẽ hơn với NT- proBNP ($r = -0.45$, $p < 0.05$) và phân độ NYHA ($r = -0.41$, $p < 0.05$). **Kết luận:** Chỉ số tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang tĩnh mạch cảnh trong phải có mối tương quan với NT-proBNP và phân độ NYHA, là những yếu tố tiên lượng độc lập biến cố tim mạch BN suy tim đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu.

Từ khóa: siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải; suy tim.

SUMMARY

ULTRASOUND OF THE RIGHT INTERNAL JUGULAR VEIN IN HEART FAILURE PATIENTS RECEIVING INPATIENT TREATMENT AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of right internal jugular vein ultrasound and its association with prognostic factors in heart failure patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 heart failure patients, including 13 males (43.33%) and

¹Bệnh viện Hữu Nghị ĐK Nghệ An

²Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến
SĐT: 0399138159

Email: yennth92@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

17 females (56.67%), with an average age of 69.8 years. All patients underwent right internal jugular vein ultrasound, assessing the cross-sectional area change ratio before and during the Valsalva maneuver within 24 hours of hospital admission. A positive result was defined as a ratio < 0.6 (indicating right atrial pressure > 12 mmHg). **Results:** In our study, 19 patients (63.33%) had positive results, with an average cross-sectional area change ratio of 0.62. There were no statistically significant differences between the positive and negative result groups in terms of clinical features, laboratory tests, or heart failure etiology. The cross-sectional area change ratio had a weak correlation with left ventricular ejection fraction ($r = -0.24, p > 0.05$), but a stronger correlation with NT-proBNP ($r = -0.45, p < 0.05$) and NYHA functional class ($r = -0.41, p < 0.05$). **Conclusion:** The right internal jugular vein cross-sectional area change ratio correlates with NT-proBNP and NYHA functional class, both of which are independent prognostic factors for cardiovascular events in heart failure patients, as demonstrated in numerous studies.

Keywords: right internal jugular vein ultrasound, heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Có rất nhiều mô hình tiên lượng suy tim đã được xây dựng như phân loại NYHA, tropoin T, NT-proBNP, các thang điểm tiên lượng suy tim như Elan-HF, DHFM,... [1]. Siêu âm tĩnh mạch cảnh trong cũng là một trong các yếu tố tiên lượng suy tim mới nổi gần đây. Với cơ chế gián tiếp đánh giá áp lực nhĩ phải, siêu âm tĩnh mạch cảnh trong không chỉ có vai trò trong chẩn đoán mà còn tiên lượng cho BN suy tim [2]. Tại Việt Nam, hiện nay siêu âm tĩnh mạch cảnh trong ở BN suy tim vẫn chưa được áp dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu Mô tả đặc

điểm siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải và mối liên quan với một số yếu tố tiên lượng suy tim ở BN suy tim điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán suy tim điều trị nội trú tại BV HNĐK Nghệ An từ 01/2024 đến 06/2024.

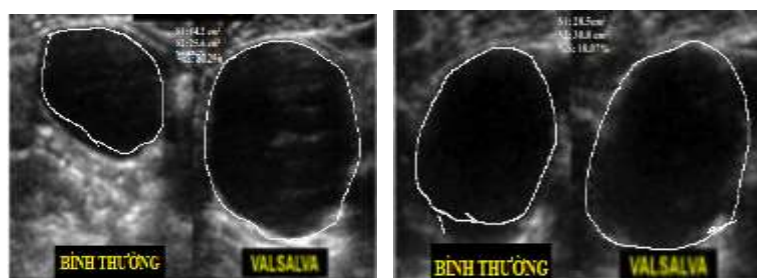
Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các BN suy tim mạn theo hướng dẫn chẩn đoán của ESC 2016 [3]: Có triệu chứng ± dấu hiệu của suy tim (hoặc đang được điều trị suy tim). Có tăng pro-BNP > 125 pg/ml (tương ứng $14,78$ pmol/l). Nếu EF $\geq 40\%$ thì có kèm dãn thất trái (LVMI ≥ 115 g/m² đối với nam và ≥ 95 g/m² đối với nữ) và/ hoặc giãn nhĩ trái (LAVI > 34 ml/m²) hoặc rối loạn chức năng tâm trương thất trái (E/e' ≥ 13 và e'tb < 9 cm/s) trên siêu âm.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN dưới 18 tuổi, tiền căn ghép tim, dụng cụ hỗ trợ thất trái, không có khả năng thực hiện nghiệm pháp Valsalva, bất thường tĩnh mạch cảnh trong phải, BN từ chối tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp siêu âm tĩnh mạch cảnh trong: BN nằm ngửa, đầu cao 45 độ và xoay 45 độ về phía bên trái. Người siêu âm ngồi bên phải bệnh nhân. Dùng đầu dò linear thăm dò tĩnh mạch cảnh trong. Đầu dò siêu âm mạch máu đặt ở vị trí của tam giác được hình thành bởi 2 bó cơ ức đòn chũm bên phải và cách xương đòn ≥ 2 cm. Khi hình ảnh của TMCT được hiển thị rõ ràng, hình ảnh DTMCN của TMCT sẽ được ghi lại vào cuối thì thở ra trong nhịp thở thư giãn (DTMCN1). Sau đó bệnh nhân được hướng dẫn thực hiện nghiệm pháp Valsalva: Là nghiệm pháp làm tăng áp lực trong lồng ngực được thực hiện trong thời gian siêu âm TMCT. Sau một thời gian hít thở bình thường, BN được yêu cầu nín thở, hít thở sâu, nín thở, làm động tác

rặn (thở ra mạnh đồng thời đóng nắp thanh môn) duy trì trong 10-15 giây, sau đó thở ra và hít thở bình thường. Hình ảnh thứ hai của TMCT sẽ được ghi lại trong giai đoạn căng của nghiệm pháp Valsalva (DTMCN2) [3].

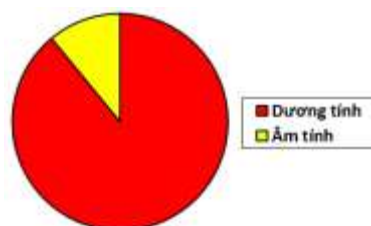
- Chỉ số TMCT = $\frac{DTMCN2 - DTMCN1}{DTMCN1}$
- Kết quả dương tính được xác định khi chỉ số thay đổi DTMCN TMCT được tính toán < 66% (tương ứng áp lực nhĩ phải ≥ 12 mmHg) [4].



Hình 2.1. Hình ảnh MCN TMCTP trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva tương ứng kết quả siêu âm dương tính và âm tính

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2024 – 06/2024 chúng tôi ghi nhận được 30 trường hợp suy tim thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào nhóm nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Kết quả nghiệm pháp siêu âm đánh giá tỷ lệ thay đổi DTMCN TMCTP

Nhân xét: Có 19 trường hợp (63.33%) được ghi nhận dương tính khi thực hiện siêu âm đánh giá tỷ lệ thay đổi DTMCN TMCTP.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân suy tim theo kết quả nghiệm pháp siêu âm

Đặc điểm chung		Âm tính	Dương tính	p
Giới	Nữ	60	57.89	0.91
	Nam	40	42.11	
Nhóm tuổi	< 65	18.18	26.32	0.73
	65 – 74	45.45	31.58	
	≥ 75	36.36	42.11	
THA	Không	18.18	42.11	0.18
	Có	81.82	57.89	
ĐTĐ	Không	81.82	84.21	0.87
	Có	18.18	15.79	
Bệnh mạch vành	Không	45.45	68.42	0.21
	Có	54.55	31.58	
Bệnh van tim	Không	90.91	89.47	0.9
	Có	9.09	10.53	

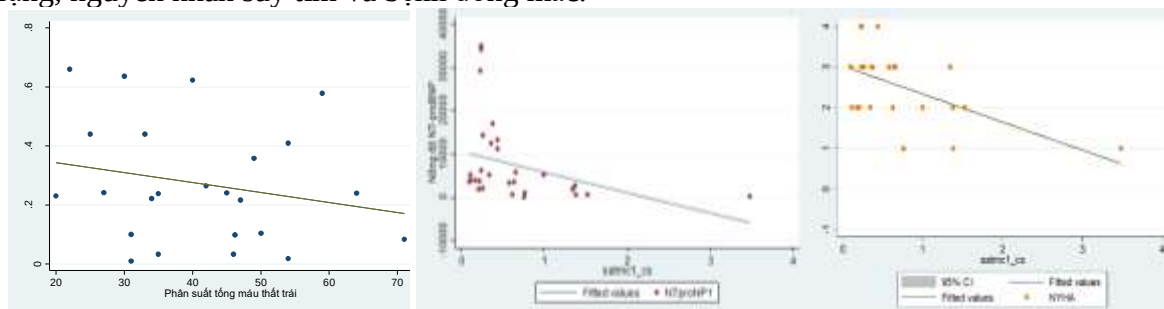
PSTM < 40 %	Không	72.73	52.63	0.28
	Có	27.27	47.37	

Nhận xét: BN siêu âm TMCT dương tính ở nam (42.11%) thấp hơn ở nữ (57.89%). BN cao tuổi có khuynh hướng có kết quả dương tính cao hơn (42.11%). Không có sự khác biệt về kết quả siêu âm ở nhóm có hay không có bệnh lý kèm theo và nguyên nhân suy tim.

Bảng 3.2. Đặc điểm chỉ số TMCT

		N	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	P
Tuổi	<65	7	0.38	0.24	0.49
	>= 65	23	0.69	0.76	
Giới	Nữ	17	0.49	0.44	0.25
	Nam	13	0.79	0.90	
BMI	BMI < 25	25	0.55	0.44	0.78
	BMI >= 25	5	0.98	1.41	
THA	Không	10	0.36	0.21	0.38
	Có	20	0.75	0.8	
ĐTĐ	Không	25	0.65	0.74	0.93
	Có	5	0.49	0.34	
Bệnh mạch vành	Không	18	0.45	0.38	0.16
	Có	12	0.88	0.94	
Bệnh van tim	Không	27	0.64	0.72	0.97
	Có	3	0.44	0.27	
PSTM	<50	21	0.48	0.39	0.48
	>=50	9	0.93	1.06	

Nhận xét: Chỉ số TMCT có giá trị trung bình là 0.62 ± 0.68 , trong đó thấp nhất là 0.09, cao nhất là 3.48. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số nhóm BN có tuổi < 65 và giới nữ có trung vị thấp hơn. Không có sự khác biệt về giá trị trung vị và tứ phân vị trong phân nhóm thể trạng, nguyên nhân suy tim và bệnh đồng mắc.



Biểu đồ 3.2. Mối tương quan giữa tỷ lệ thay đổi DTMCN TMCTP với phân suất tổng máu thất trái, NYHA, chỉ số NTproBNP

Nhận xét: Khi phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ TMCT với PSTM ta thấy có mối tương quan nghịch biến $r = -0.24$, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

Khi phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ TMCT với phân độ NYHA và nồng độ

NTproBNP ta thấy tỷ lệ TMCT có mối tương quan nghịch biến tương đối chặt chẽ có ý nghĩa thống kê với chỉ số r lần lượt là -0.41 và -0.45, $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nghiên cứu

Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có bệnh lý suy tim, được xác định theo tiêu chuẩn ESC 2016. Nghiên cứu của chúng tôi lấy mẫu trong vòng 6 tháng tại NB HNĐK Nghệ An, có 30 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Siêu âm đánh giá thay đổi DTMCN TMCT được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi BN nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 69.8, tuổi lớn nhất là 94 tuổi và nhỏ nhất là 29 tuổi. Giới nam chiếm 43.33% số lượng BN trong nghiên cứu. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 22.38 ± 1.68 . Có 16.67 % BN béo phì trong nghiên cứu chúng tôi, chiếm ưu thế là những người có thể trạng trung bình (76.67%).

4.2. Siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải

Phân tích 30 đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số DTMCN TMCT có giá trị trung bình là 0.62 ± 0.68 , trong đó thấp nhất là 0.09, cao nhất là 3.48 và 63.33% BN có kết quả nghiệm pháp siêu âm dương tính, cho thấy tình trạng ứ huyết khi nhập viện của các BN đều ở mức độ nhiều. Điều này cũng tương xứng với triệu chứng và dấu hiệu của suy tim sung huyết trên lâm sàng của các BN đều ở mức độ nặng khi nhập viện. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Simon và cộng sự năm 2018 [4] và Nguyễn Nho Tiến năm 2024 [5] lần lượt là 45.94% và 45.85%. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả các BN suy tim phân suất tống máu bảo tồn và BN suy chức năng tâm trương thất trái còn trong nghiên cứu của Nguyễn Nho Tiến và Simon, tác giả đánh giá trên bệnh nhân suy tim EF < 40%.

Trong nghiên cứu chúng tôi, kết quả siêu âm TMCT dương tính ở nam (42.11%) thấp hơn ở nữ giới (57.89%) với $p > 0.05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Nho Tiến và cộng sự [5], cho thấy giới nam có tỷ lệ kết quả dương tính thấp hơn so với giới nữ (39.2%) với $p = 0.03$. Tuy

nhien, nghiên cứu của Simon và cộng sự [4], phân tích đa biến, giới nam có tỷ lệ dương tính cao hơn nhiều so với giới nữ (63%). Sự khác biệt này chưa được giải thích chi tiết và cần thêm nhiều nghiên cứu để hiểu rõ hơn. Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu của mình, những BN cao tuổi có khuynh hướng có kết quả dương tính cao hơn so với những nhóm BN khác, tuy nhiên, cũng tương tự như nghiên cứu của Simon và Nguyễn Nho Tiến, yếu tố tuổi ảnh hưởng đến kết quả nghiệm pháp siêu âm cũng không được ghi nhận có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Trong nghiên cứu của Simon và cộng sự, tác giả ghi nhận có sự khác biệt của nghiệm pháp siêu âm giữa các nhóm có hay không bệnh lý đái tháo đường ($p = 0.01$), bệnh thận mạn giai đoạn ≥ 3 ($p = 0.02$) [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Nho Tiến cũng cho thấy có sự khác biệt trong các nhóm có hay không có bệnh lý van tim [5]. Sự khác biệt giữa các kết quả siêu âm của có thể do đặc điểm của cư dân các vùng địa lý khác nhau. Tuy nhiên, khi đưa vào phân tích đa biến thì cả 2 nghiên cứu này cũng không ghi nhận sự khác biệt của các bệnh lý đồng mắc.

Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu của mình, số nhóm BN có tuổi < 65 và giới nữ lần lượt có trung vị thấp hơn so với nhóm < 65 tuổi và giới nam, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Trong phân nhóm thể trạng, giá trị trung vị và các tứ phân vị không có khác biệt giữa các nhóm BN hay có thể kết luận yếu tố thể trạng không liên quan đến kết quả của nghiệm pháp SATMC.

Với chẩn đoán suy tim khi nhập viện, Tỷ lệ thay đổi của DTMCN TMCTP bằng nghiệm pháp siêu âm giữa 2 nhóm suy tim theo PSTM là không có sự khác biệt ($p > 0.05$), với trung vị của DTMCN TMCTP cao hơn trong nhóm suy tim PSTM > 40% và thấp hơn trong nhóm suy tim PSTM < 40%. Điều này tương đồng với kết quả của Nguyễn Nho Tiến, trong các phân nhóm suy

tim, suy tim PSTM bảo tồn có trung vị của DTMCN TMCT cao nhất và thấp nhất trong nhóm suy tim PSTM giảm. Tuy nhiên, sự khác biệt trong nghiên cứu này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ [5].

4.3. Môi trường quan giữa chỉ số siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải với một số yếu tố tiên lượng khác

Phân độ NYHA được hội Tim mạch New York đưa ra từ năm 1964 dựa vào triệu chứng lâm sàng và chia làm 4 độ [6]. Đây là cách phân loại đơn giản, dễ áp dụng. Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều nhập viện trong tình trạng suy tim sung huyết với các triệu chứng và dấu hiệu của hội chứng ứ trệ tuần hoàn phản ánh tình trạng quá tải dịch như NYHA III, IV chiếm tỷ lệ 60%. Phân độ NYHA được áp dụng phổ biến trên lâm sàng để đánh giá nhanh mức độ suy tim: NYHA III tương ứng với triệu chứng khó thở xuất hiện khi gắng sức nhẹ, NYHA IV khó thở xuất hiện thường xuyên liên tục ngay cả khi nghỉ ngơi. Chỉ số thay đổi DTMCN TMCT có mối tương quan nghịch biến với phân độ NYHA với $r = -0.41$, $p = 0.02$. Chỉ số thay đổi DTMCN TMCT là chỉ số đặc trưng cho tình trạng ứ dịch của BN suy tim, chỉ số DTMCN TMCT càng thấp thì ứ dịch càng nhiều, tương ứng với mức độ NYHA tăng khi xét trong mối quan hệ tuyến tính.

Tương quan với nồng độ NTproBNP: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có mối tương quan nghịch biến giữa chỉ số thay đổi DTMCN TMCT và NTproBNP với $r = -0.45$, $p = 0.01$. Tăng áp lực nhĩ phải là cơ chế kích hoạt chung cả NTproBNP và sự tăng đường kính TMCT trên siêu âm. Các nghiên cứu đều cho thấy có sự liên quan giữa tăng áp lực nhĩ phải với nồng độ NTproBNP. Nghiên cứu của Hernandez và CS năm 2014 cho thấy tỷ lệ thay đổi DTMCN TMCT tỷ lệ nghịch với nồng độ NTproBNP với $r = -0.39$, $p < 0.001$ [7].

Tương quan với phân suất tống máu EF. Ở nhóm BN suy tim mạn tính, tình trạng ứ huyết dễ xảy ra khi có những yếu tố khởi phát suy tim cấp hay những đợt cấp mất bù của suy tim mạn, điều này dẫn đến tình trạng tăng áp lực nhĩ phải. Tương tự như nghiên cứu của Nguyên Nho Tiến, chỉ số thay đổi DTMCN TMCT trong nghiên cứu của chúng tôi tương quan đồng biến với chỉ số EF, tuy nhiên mối tương quan này yếu với $r < 0.3$ và không có ý nghĩa thống kê [5].

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy SATMC là công cụ thuận tiện, đơn giản, hữu ích để đánh giá áp lực nhĩ phải ở BN suy tim. Chỉ số tỷ lệ TMCT ít liên quan đến EF nhưng liên quan chặt chẽ hơn với chỉ số NTproBNP, NYHA. Chỉ số này có thể được dùng trong đánh giá ban đầu, giúp định hướng điều trị, đặc biệt hướng dẫn sử dụng thuốc lợi tiểu và giãn mạch ở BN suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saito M (2015), "Association of left ventricular strain with 30-day mortality and readmission in patients with heart failure", J Am Soc Echocardiogr. 28(6), 652-66.
2. Ammirati E, Marchetti D, Colombo G, et al (2020). Estimation of the right atrial pressure by ultrasound-assessed internal jugular vein in patients with advanced chronic heart failure. European Heart Journal, 41 (Supplement_2),
3. Ponikowski P (2016), "2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC", Eur J Heart Fail. 18(8), 891-975.
4. Simon, M. A., et al. (2018). "Bedside Ultrasound Assessment of Jugular Venous

Compliance as a Potential Point-of-Care Method to Predict Acute Decompensated Heart Failure 30-Day Readmission." J Am Heart Assoc 7(15): e008184.

5. **Nguyễn Nho Tiến, Châu Ngọc Hoa** (2024). "Vai trò của siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải trong tiên lượng tái nhập viện 30 ngày ở bệnh nhân suy tim." Tạp chí y học Việt Nam 537.

6. **Do T. N. P** (2019). "Effect of the Optimize Heart Failure Care Program on clinical and patient outcomes - The pilot implementation in Vietnam." Int J Cardiol Heart Vasc 22: 169-173.

7. **Hernandez M. B** (2013). "Predictors of 30-day readmission in patients hospitalized with decompensated heart failure." Clin Cardiol 36(9): 542-547.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Phạm Thị Thu Thủy¹, Ngô Đức Kỳ², Nguyễn Thị Nga³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng Bộ sàng lọc của Vương quốc Anh và điện cơ để đánh giá tổn thương thần kinh ngoại vi trên 113 bệnh nhân điều trị tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Tuổi trung bình $64,39 \pm 11,55$ tuổi, 64,6% từ 60 tuổi trở lên. 50,4% có thời gian phát hiện bệnh dưới 5 năm, 47,8% có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$, 65,5% có tiền sử tăng huyết áp. Đường huyết trung bình khi nhập viện là $11,54 \pm 4,26 \text{ mmol/l}$, HbA1c trung bình $8,81 \pm 2,05\%$. 59,3% có triệu chứng thần kinh ngoại vi theo Bộ sàng lọc, 33,6% mức độ nặng. Điện cơ phát hiện 70,8% tổn

thương, chủ yếu ở dây thần kinh giữa. 36,3% có microalbumin niệu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về thời gian tiềm tàng và tốc độ dẫn truyền cảm giác ở dây thần kinh giữa, trụ, và bì bắp chân giữa các nhóm tuổi (< 60 và ≥ 60 tuổi). **Kết luận:** Tổn thương thần kinh ngoại vi phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, đặc biệt ở người cao tuổi. Điện cơ phát hiện tỷ lệ tổn thương cao hơn so với lâm sàng. Kiểm soát đường huyết kém, tăng huyết áp và microalbumin niệu phổ biến. Cần sàng lọc định kỳ bằng cả phương pháp lâm sàng và điện sinh lý.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, tổn thương thần kinh ngoại vi, điện cơ, tốc độ dẫn truyền thần kinh.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND PERIPHERAL NEUROPATHY OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics, and peripheral neuropathy in Objective: To describe the clinical and paraclinical features, and peripheral nerve damage in patients with type 2 diabetes. **Methods:** A cross-sectional study utilizing the UK Screening Tool and electromyography to assess peripheral

¹Bệnh viện A Thái Nguyên

²Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

³Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Thủy
SĐT: 0915442000

Email: phamthuthuy1232000@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

nerve damage in 113 patients treated at the Endocrinology Department of Nghe An General Friendship Hospital. **Results:** The average age was 64.39 ± 11.55 years, with 64.6% of patients aged 60 or older. Of the patients, 50.4% had been diagnosed with diabetes for less than 5 years, 47.8% had a BMI ≥ 23 kg/m², and 65.5% had a history of hypertension. The mean blood glucose level at admission was 11.54 ± 4.26 mmol/L, and the average HbA1c was $8.81 \pm 2.05\%$. Peripheral neuropathy symptoms were present in 59.3% of patients according to the UK Screening Tool, with 33.6% at a severe level. Electromyography revealed nerve damage in 70.8% of patients, primarily affecting the median nerve. Additionally, 36.3% had microalbuminuria. Statistically significant differences ($p < 0.05$) were observed in the latency and conduction velocity of the median, ulnar, and sural nerves between age groups (< 60 and ≥ 60 years). **Conclusion:** Peripheral neuropathy is prevalent in type 2 diabetes patients, especially among older individuals. Electromyography detected a higher rate of nerve damage compared to clinical assessments. Poor glycemic control, hypertension, and microalbuminuria were common. Routine screening using both clinical and electrophysiological methods is recommended.

Keywords: Type 2 diabetes, peripheral neuropathy, electromyography, nerve conduction velocity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một vấn đề sức khỏe lớn đã đạt đến mức báo động theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), vào năm 2023 có khoảng 643 triệu người sống chung với bệnh ĐTĐ trên toàn thế giới. Chi phí y tế do ĐTĐ đã lên tới gần 1000 tỷ USD vào năm 2023 [1]. Tăng đường huyết mạn tính phối hợp với các rối loạn chuyển hóa khác ở bệnh nhân ĐTĐ có thể gây tổn thương các hệ cơ quan khác nhau, dẫn đến phát triển các biến chứng sức khỏe gây tàn

phế và đe dọa tính mạng, trong đó nổi bật là bệnh lý thần kinh [2]. Biến chứng kinh ngoại vi (BCTKNV) là dạng bệnh lý thần kinh (TK) liên quan đến bệnh ĐTĐ phổ biến nhất. Vì vậy do ý nghĩa khoa học và thực tiễn của đề tài, nhằm mục đích tư vấn, khuyến cáo cho bệnh nhân (BN) trong quản lý bệnh ĐTĐ, chúng tôi nghiên cứu đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường type 2”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 và điều trị tại khoa Nội tiết - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2024 đến tháng 5/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường” Bộ Y tế 2020 [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân kèm theo các bệnh lý thần kinh do: di truyền, suy thận nặng, tiền sử dùng thuốc gây độc thần kinh ngoại biên, thiếu vitamin nhóm B. Bệnh nhân không ghi được điện cơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

n: cỡ mẫu tối thiểu; α : mức ý nghĩa = 0,05; d: sai số tương đối cho phép = 0,09.

$Z(1-\alpha/2)$: hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là 95%. Ta có $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

Theo tác giả Nguyễn Văn Bọt ghi nhận tỷ lệ BCTKNV ở BN ĐTĐ type 2 là 38,5% nên $p = 0,385$.

Thay vào công thức ta có $n = 112,3$. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 113.

Tiêu chí đánh giá: Tất cả các BN được chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo “Hướng dẫn

chẩn đoán và điều trị đái tháo đường” Bộ Y tế 2020, sau đó được khai thác tiền sử, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, ghi điện cơ, đánh giá tổn thương TKNV theo Bộ sàng lọc từ Vương Quốc Anh [4] và chỉ số của Preston D.C và Shapiro B.E năm 2005 [5] theo mẫu bệnh án thống nhất.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chí đánh giá các giá trị bình thường của dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác theo Preston D.C và Shapiro B.E năm 2005 [5].

Điểm triệu chứng tổn thương thần kinh ngoại vi theo Bộ sàng lọc Vương Quốc Anh

[4] với mức điểm dao động từ 0 đến 9 và được chia làm 4 mức độ: bình thường (0 – 2), bệnh thần kinh nhẹ (3 – 4), bệnh thần kinh trung bình (5 – 6) và bệnh thần kinh nặng (7 – 9).

Xử lý số liệu: Nhập và quản lý Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được tôn trọng và giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh tật, mục đích và phương pháp tiến hành nghiên cứu. Các số liệu thu thập đầy đủ, chính xác, trung thực và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố theo tuổi và giới tính của ĐTNC

Tuổi (năm)	Giới				Tổng		$\bar{X} \pm SD$
	Nam		Nữ				
	n	%	n	%	n	%	
<60	23	57,5%	17	42,5%	40	35,4%	64,27 ± 12,31
≥60	43	58,9%	30	41,1%	73	64,6%	64,55 ± 10,53
Tổng	66	58,4%	47	41,6%	113	100%	64,39 ± 11,55

Nhận xét: Trong tổng số 113 BN có 40 BN dưới 60 tuổi chiếm 35,4% và 73 BN từ 60 tuổi trở lên chiếm 64,6%. Độ tuổi trung bình là 64,39 $\pm$ 11,55.

Bảng 3.1. Đặc điểm nghiên cứu về thời gian mắc bệnh và BMI của ĐTNC

Chỉ số		Tần số		$\bar{X} \pm SD$
		n	%	
Thời gian mắc bệnh	<5 năm	57	50,4	7,62 $\pm$ 9,11 năm
	5-10 năm	31	27,4	
	>10 năm	25	22,2	
BMI (kg/m ²)	<18,5	10	8,8	22,79 $\pm$ 3,22 kg/m ²
	18,5 – 22,9	49	43,4	
	≥ 23	54	47,8	

Nhận xét: 50,4% ĐTNC có thời gian phát hiện bệnh ít hơn 5 năm, 27,4% và 22,2% ĐTNC có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm. 47,8% ĐTNC có BMI ≥ 23 kg/m² (thừa cân).

Bảng 3.2. Đặc điểm nghiên cứu về THA

Chỉ số		Tần số	
		n	%
THA	Có	74	65,5
	Không	39	34,5

Nhận xét: 74 ĐTNC có tiền sử THA tương đương 65,5% chiếm phần lớn tổng số ĐTNC.

3.2. Đặc điểm lâm sàng tổn thương TKNV của ĐTNC

Bảng 3.4. Đánh giá BCTKNV tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương Quốc Anh

Đánh giá BCTKNV	n	%
Không có BCYKNV	46	40,7
Nhẹ	12	10,6
Trung bình	17	15,1
Nặng	38	33,6

Nhận xét: ĐTNC không có triệu chứng chiếm ưu thế với tỷ lệ 40,7%, triệu chứng nặng chiếm 33,6%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng và tổn thương TKNV của ĐTNC

Bảng 3.5. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi ở ĐTNC theo Preston DC

Biến chứng thần kinh ngoại vi	n	%
Có	80	70,8

Không	33	29,2

Nhận xét: Phần lớn ĐTNC có biến chứng thần kinh ngoại vi chiếm 70,8%.

Bảng 3.6. Đặc điểm nghiên cứu HbA1c

Chỉ số		n	%
HbA1c lúc vào viện (%)	≤ 6,5%	15	13,3%
	> 6,5 – 7,5 %	18	15,9%
	> 7,5% - 9%	37	32,7%
	> 9%	43	38,1%
Đường huyết lúc vào viện ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/l)		11,54 ± 4,26	
HbA1c lúc vào viện (%) ($\bar{X} \pm SD$) (%)		8,81 ± 2,05	

Nhận xét: Đường huyết lúc vào viện của BN trung bình là 11,54 ± 4,26 mmol/l. HbA1c lúc vào viện của BN trung bình là 8,81 ± 2,05%. HbA1c lúc nhập viện của BN không được tốt chỉ ếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.7. Đặc điểm nghiên cứu chỉ số microalbumin niệu (MAU) theo BCTKNV tiêu chuẩn Preston DC

	Có BCTKNV		Không BCTKNV		Tổng	OR (95%CI)	p
	n	%	n	%			
MAU (+)	36	87,8	5	12,2	36,3	4,582 (1,606 – 13,075)	0,004
MAU (–)	44	61,1	28	38,9	63,7		

Nhận xét: 36,3% BN có tổn thương thận (MAU+). Nhóm BN có tổn thương thận MAU (+) có nguy cơ BCTKNV gấp 4,5 lần so với nhóm không có tổn thương thận MAU (–) (p<0,05).

Bảng 3.8. Đặc điểm vị trí tổn thương thần kinh trên kết quả ghi điện cơ

Đánh giá mức độ tổn thương và vị trí tổn thương xương khớp trên lâm sàng của người bệnh					
Vị trí tổn thương		Giữa	Trụ	Chày	Bì bắp chân
ĐTNC	n	76	71	57	71
	%	67,3%	62,8%	50,4%	62,8%

Nhận xét: Bệnh nhân tổn thương dây thần kinh giữa chiếm ưu thế.

Bảng 3.9. Giá trị trung bình của các thông số về dẫn truyền thần kinh cảm giác theo tuổi

Chỉ số		Nhóm tuổi		p
		<60 tuổi (n=40)	≥60 (n=73)	
Thời gian tiềm (ms)	TK giữa	3,08 ± 0,47	3,12 ± 0,82	0,003
	TK trụ	2,75 ± 0,29	2,61 ± 0,77	0,016
	TK bì bắp chân	2,61 ± 1,25	1,83 ± 1,76	0,001
Biên độ đáp ứng (μV)	TK giữa	21,51 ± 10,18	16,22 ± 8,66	0,926
	TK trụ	23,45 ± 11,16	14,88 ± 10,03	0,029

	TK bì bắp chân	$9,23 \pm 5,54$	$5,95 \pm 6,34$	0,021
Tốc độ dẫn truyền (m/s)	TK giữa	$48,92 \pm 7,79$	$42,16 \pm 11,81$	0,037
	TK trụ	$53,60 \pm 4,47$	$48,40 \pm 12,32$	0,003
	TK bì bắp chân	$40,90 \pm 22,49$	$28,07 \pm 25,4$	<0,0001

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian tiềm và tốc độ dẫn truyền cảm giác TK giữa, TK trụ, TK bì bắp chân; có sự khác biệt về biên độ đáp ứng cảm giác của TK trụ và TK bì bắp chân giữa các nhóm tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu trên 113 BN ĐTĐ type 2 tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An, chúng tôi ghi nhận 80 BN có BCTKNV chiếm 70,8% theo phương pháp đo tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác chi trên, chi dưới. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trần Thanh Tùng có tỷ lệ BCTKNV là 68,5% [6]. Cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thuỳ Linh [7] có tỷ lệ BCTKNV là 58,1% trên tổng số 124 BN. Sự khác biệt về tỷ lệ BCTKNV giữa các nghiên cứu, theo chúng tôi có thể do sự khác nhau về phương pháp chẩn đoán bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán BCTKNV cao là do chúng tôi dùng phương pháp đo tốc độ dẫn truyền thần kinh để chẩn đoán, trong khi nghiên cứu của các tác giả khác chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng để chẩn đoán. Qua đó cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện sớm BCTKNV nên dựa vào phương pháp đo tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác cho BN ĐTĐ type 2.

Đánh giá BCTKNV theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương Quốc Anh có 59,3% BN có BCTKNV. Lý giải cho kết quả này vì đây là cảm nhận chủ quan của BN và đa số BN trong nhóm nghiên cứu là người cao tuổi có nhiều biến chứng kèm theo nên vấn đề

đau nhức, mỗi một khó có thể tránh khỏi. Đánh giá này dựa trên biểu hiện lâm sàng và cảm giác chủ quan của BN và do ngưỡng chịu đau của mỗi BN là khác nhau nên dẫn đến bỏ sót nhiều trường hợp có BCTKNV nhưng chưa thấy triệu chứng. So với BCTKNV phát hiện bằng phương pháp đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là 70,8% thì đã bỏ sót khoảng 10% BN có BCTKNV.

Tỷ lệ HbA1c là một thông số quan trọng giúp đánh giá kiểm soát glucose máu và được coi như một tiêu chí để đánh giá kết quả của sự ổn định về chuyển hóa trên BN ĐTĐ. Hầu hết các BN nghiên cứu của chúng tôi đa số đều kiểm soát đường huyết ở mức trung bình và kém, đường huyết lúc trung bình lúc đối khi nhập viện cao là $11,54 \pm 4,26$ mmol/l. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự [8] là $11,82 \pm 5,28$ mmol/l. Việc kiểm soát đường huyết không tốt là nguyên nhân chính dẫn đến các biến chứng của ĐTĐ trong đó có BCTKNV. Vì vậy, cần tư vấn BN khám định kỳ đều đặn để đường huyết được kiểm soát tốt.

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 36,3% BN có MAU (+). Tổn thương thận ở BN ĐTĐ type 2 có BCTKNV thường là hậu quả của quá trình bệnh lý phức tạp liên quan đến cả sự rối loạn chuyển hóa và tổn thương vi mạch. BCTKNV trong ĐTĐ type 2 có thể ảnh hưởng đến hệ thần kinh tự động, làm giảm khả năng điều chỉnh huyết áp và lưu lượng máu đến thận, tăng nguy cơ tổn thương thận. BCTKNV làm giảm cảm nhận đau dẫn đến BN có thể

không nhận biết được các triệu chứng của nhiễm trùng hoặc tổn thương thần kinh do giảm cảm giác đau, dẫn đến chẩn đoán muộn và điều trị kém hiệu quả.

Kết quả bảng 3.9 về kéo dài thời gian kỳ tiềm tàng của dây TK giữa, TK trụ, TK bì bắp chân; giảm biên độ đáp ứng cảm giác dây TK trụ, TK bì bắp chân; giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác dây TK giữa, TK trụ, TK bì bắp chân, đều với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Từ các điều trên cho thấy tuổi càng cao thì nguy cơ BCTKNV càng tăng.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

BCTKNV do ĐTĐ type 2 là biến chứng thần kinh phổ biến và tỷ lệ BCTKNV cao ở nhóm BN lớn tuổi. Phương pháp ghi điện cơ đo tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác cho các BN ĐTĐ điều trị nội trú và ngoại trú là cần thiết, đặc biệt là nhóm BN lớn tuổi càng cần được theo dõi, quản lý tốt bệnh ĐTĐ type 2 và kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi để hạn chế nguy cơ mắc BCTKNV. BN ĐTĐ type 2 cần tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp và chỉ số BMI, HbA1c. Cần truyền thông rộng rãi nguy cơ mắc BCTKNV ở BN ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2021), IDF Diabetes Atlas 10th, IDF.
2. **Rajeev Goyal, Mayank Singhal, and Ishwarlal Jialal** (2023), Type 2 Diabetes, Department of Neurology, Loyola University Medical Center, Stritch School of Medicine, Maywood, IL.
3. **Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2, Quyết định 5481/QĐ-BYT.
4. **Young M.J., Boulton A.J., MacLeod A.F., et al.** (1993). A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. *Diabetologia*, 36(2), 150–154.
5. **Preston D.C.** (2005). Peroneal nerve palsy. *Electromyogr Neuromuscul Disord Clin Electrophysiol Correl.*
6. **Trần Thanh Tùng, Lê Thành Tài, Nguyễn Minh Phương** (2020). Nghiên cứu tình hình và các yếu tố liên quan đến bệnh thần kinh ngoại biên trên người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, tập số 32/2020, 8–15.
7. **Trần Thị Thuỳ Linh, Trần Ngọc Dung** (2022). Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên và một số yếu tố liên quan đến bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ - Số 53/2022*, 41–48.
8. **Nguyễn Thị Thanh Tú, Tô Thị Vân Giang** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 528 Số 2 (2023), 37–40.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ, MỘT SỐ BIẾN CỐ BẤT LỢI VỀ SỨC KHỎE Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI BỊ SUY TIM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Nguyễn Hữu Tân¹, Phạm Thắng², Phạm Hồng Phương¹,
Nguyễn Ngọc Tâm², Đào Thị Hương¹, Thái Thị Linh¹,
Nguyễn Thị Mai Tho³, Nguyễn Thị Cẩm Ly⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương với kết quả điều trị và một số biến cố bất lợi về sức khỏe ở người bệnh cao tuổi bị suy tim điều trị nội trú. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích, trên 306 người bệnh tuổi từ 60 trở lên điều trị nội trú tại khoa Cấp cứu và Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ tháng 4/2022 – 2/2023. Chẩn đoán suy tim theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn tính, của Bộ Y tế năm 2020. Xác định tình trạng hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm Edmonton cải tiến- REFS. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy, HCDBTT là vấn đề sức khỏe thường gặp ở người bệnh cao tuổi bị suy tim chiếm 58,8%. Tình trạng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi suy tim có mối liên quan có ý nghĩa với biến cố viêm phổi, rối loạn nhịp tim trong thời gian điều trị. **Kết luận:** Người bệnh mắc HCDBTT có thời gian điều trị nội trú dài hơn, mức độ giảm bậc NYHA và ProBNP kém hơn và có nguy cơ mắc các biến cố trong thời gian nằm viện cao hơn người bệnh không mắc HCDBTT.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, Suy tim, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN FRAILTY SYNDROME AND TREATMENT OUTCOMES AND SOME ADVERSE HEALTH EVENTS IN ELDERLY HEART FAILURE INPATIENTS

Objective: To assess the relationship between frailty syndrome and treatment outcomes, as well as adverse health events, in elderly inpatients with heart failure. **Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted on 306 patients aged 60 and above, hospitalized at the Emergency Department and the Cardiovascular Center of Nghe An General Friendship Hospital from April 2022 to February 2023. Heart failure was diagnosed according to the 2020 Ministry of Health guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Frailty syndrome was determined using the modified Edmonton Frail Scale (REFS). **Results:** Frailty syndrome was a common health issue in elderly heart failure patients, affecting 58.8% of the study population. Frailty was significantly associated with adverse events, such as pneumonia and arrhythmias, during treatment. **Conclusion:** Patients with frailty syndrome had longer hospital stays, poorer improvements in NYHA classification and ProBNP levels, and a higher risk of in-hospital complications compared to non-frail patients.

Keywords: Frailty syndrome, heart failure, Nghe An General Friendship Hospital.

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An

²Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

³Trường Đại học Y Khoa Vinh

⁴Trường Đại học Y dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Tân
SĐT: 0912999388

Email: drnguyenhuutan1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dự đoán của Hiệp hội tim mạch châu Âu (ESC 2021), do sự bùng nổ dân số, già hóa và tỷ lệ bệnh đồng mắc ngày càng cao, dự kiến lượng người bệnh nhập viện vì suy tim có thể tăng đáng kể, lên tới 50% trong 25 năm tới¹. Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty Syndrome) có gốc từ tiếng Pháp là frêle, có nghĩa là “sức đề kháng ít” và từ Latin fragilis, có nghĩa là “dễ tổn thương”. HCDBTT được định nghĩa là một hội chứng lão hóa mà ở đó người cao tuổi giảm sức đề kháng với các yếu tố gây stress do sự suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, dẫn đến dễ bị tổn thương với các yếu tố căng thẳng, bao gồm cả các bệnh cấp tính. Dự đoán kết quả bất lợi cho sức khỏe, với người già yếu có nguy cơ cao cho những khuyết tật, té ngã, mắc các bệnh cấp tính phải đi khám cấp cứu, có khi phải nhập viện, điều trị phục hồi chậm hoặc để lại di chứng, thậm chí tử vong. Người bệnh suy tim, đặc biệt là những người cao tuổi, thường được đặc trưng bởi tình trạng “dễ bị tổn thương”. Nghiên cứu Cardiovascular Health cho thấy gần một nửa số người bệnh suy tim là người mắc hội chứng dễ bị tổn thương và nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan hệ giữa tình trạng “dễ bị tổn thương” với bệnh lý đi kèm và/hoặc làm trầm trọng thêm lẫn nhau². Việc đánh giá HCDBTT ở người bệnh cao tuổi suy tim có thể hỗ trợ việc quản lý, điều trị và tiên lượng bệnh, từ đó góp phần tăng cường chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về HCDBTT ở người bệnh cao tuổi suy tim. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu nhận xét mối liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương với kết quả điều trị và một số biến cố bất lợi về sức khỏe ở người bệnh cao tuổi bị suy tim điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh tuổi từ 60 trở lên điều trị nội trú tại khoa Cấp cứu và Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ tháng 04 năm 2022 - tháng 2 năm 2023:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ≥ 60 tuổi, có tinh thần tỉnh táo, nghe và trả lời câu hỏi được.
- Được chẩn đoán suy tim theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn tính, ban hành kèm theo Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05/07/2022) của Bộ Y tế³.
- Gia đình và người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ ràng về nội dung và mục tiêu nghiên cứu.
- Có đầy đủ bệnh án và đáp ứng đầy đủ thông tin cần thiết.

Tiêu chuẩn loại trừ

Sa sút trí tuệ, đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính khác (đột quỵ não cấp, suy hô hấp, sốc nhiễm khuẩn, chảy máu tiêu hóa, ...) tại thời điểm vào viện. Không thể trả lời phỏng vấn được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

α : mức ý nghĩa thống kê, với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$p = 0,36^4$

d = sai số cho phép = 0,06.

Cỡ mẫu tối thiểu là 246 người bệnh.

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Cỡ mẫu thực tế là 306 người bệnh.

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá

Hội chứng dễ bị tổn thương

- Xác định tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm Edmonton cải tiến- REFS. Đánh giá theo các tiêu chí: Nhận thức, Tình trạng tổng quát, Sự độc lập về chức năng, Sự hỗ trợ về mặt xã hội, Vấn đề dùng thuốc, Dinh dưỡng, Tâm trạng, Vấn đề tiểu tiện, Hoạt động thể lực.

- Tổng điểm 18 điểm.

+ Hội chứng dễ bị tổn thương: 8 – 18 điểm

+ Tiền Hội chứng dễ bị tổn thương: 6 – 7 điểm

+ Không bị Hội chứng dễ bị tổn thương: 0 – 5 điểm

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS 22.0. Các biến số định lượng trình bày và phân tích sự khác biệt trung bình, trình bày chỉ số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %, kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích so sánh các giá trị trung bình (test Student, Anova). Sử dụng test kiểm định χ^2 và Fisher để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sử dụng mô hình hồi quy Logistic đa biến phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến sự xuất hiện của HCDBTT trên đối tượng bệnh nhân suy tim cao tuổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh suy tim cao tuổi

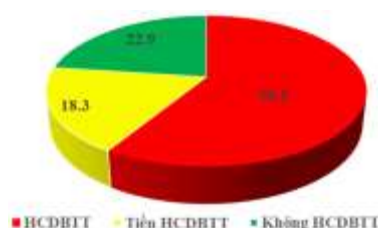
Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

Biến số		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi TB 76 ± 9 (60 - 100)	60-69	88	28,8
	70-79	110	35,9
	≥ 80	108	35,3
Giới	Nam	135	44,1
	Nữ	171	55,9
BMI	Thiếu cân (<18,5)	71	23,2
	Bình thường (18,5-24,9)	218	71,2
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	17	5,6

Trong tổng số 306 người bệnh, nhóm từ 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 35,9%, nhóm 60-69 tuổi ít nhất, chiếm 28,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 76 ± 9 tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 100 tuổi. Có 171 người bệnh nữ chiếm 55,9%, cao hơn so với 135 người bệnh nam chiếm 44,1%.

Chỉ số BMI, nhóm người bệnh có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 71,2%, nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%.

3.2. Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi bị suy tim là 58,8%; có 56 người bệnh có tiền HCDBTT chiếm 18,3% và 70 người bệnh không có HCDBTT chiếm 22,9%.

3.3. Mối liên quan giữa HCDBTT với kết quả điều trị ở người bệnh cao tuổi bị suy tim**Bảng 2. Ảnh hưởng của tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim đến ngày nằm viện nội trú trung bình (n=306)**

Tình trạng	Số ngày nằm viện trung bình	95%CI	p
HCDBTT	13,4 ± 2,8	(12,9 - 13,8)	<0,001
Tiền HCDBTT	8 ± 2,6	(7,2 - 8,7)	
Không HCDBTT	7,44 ± 2,6	(6,8 - 8)	

Người bệnh mắc HCDBTT có số ngày nằm là 13,4 ± 2,8 cao hơn so với người bệnh mắc tiền HCDBTT (8 ± 2,6) và không mắc HCDBTT (7,44 ± 2,6). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3. Liên quan giữa tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim và mức độ giảm chỉ số NYHA trước và sau ra viện (n=306)

Tình trạng	Giảm 1 bậc		Giảm 2 bậc	
	n	%	n	%
HCDBTT (n=180)	178	98,9	2	1,1
Tiền HCDBTT (n=56)	20	35,7	36	64,3
Không HCDBTT (n=70)	22	31,4	48	68,6
p	< 0,001		< 0,001	

Tình trạng mắc HCDBTT ảnh hưởng đến mức độ giảm chỉ số NYHA trước và sau ra viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Người bệnh mắc HCDBTT chủ yếu giảm 1 bậc NYHA (98,9%), người bệnh mắc tiền HCDBTT chủ yếu giảm 2 bậc (64,3%). Nhóm không mắc HCDBTT giảm NYHA tốt nhất, 68,6% người bệnh giảm 2 bậc.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim và chỉ số proBNP (n=306)

Tình trạng	proBNP lúc nhập viện	proBNP lúc ra viện
HCDBTT (n=180)	9987,14	4109,61
Tiền HCDBTT (n=56)	2550,77	1267,13
Không HCDBTT (n=70)	2445,36	1260,50
p	< 0,001	< 0,001

Tình trạng mắc HCDBTT có mối liên quan có ý nghĩa với sự thay đổi chỉ số proBNP lúc nhập viện và ra viện (p < 0,001). Người bệnh mắc HCDBTT có chỉ số proBNP cao hơn so với nhóm mắc tiền HCDBTT tại 2 thời điểm nhập viện và ra viện.

3.4. Mối liên quan giữa HCDBTT và một số biến cố bất lợi về sức khỏe ở người bệnh cao tuổi bị suy tim**Bảng 5. Liên quan giữa tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim và biến cố viêm phổi trong thời gian điều trị**

Tình trạng	Viêm phổi		Không viêm phổi		p, OR, 95%CI
	n	%	n	%	
HCDBTT	59	32,8	121	67,2	p<0,001, OR=2,9 95%CI (1,4-6,1)
Không HCDBTT	10	14,3	60	85,7	
Tiền HCDBTT	19	33,9	37	66,1	p<0,001, OR=3 95%CI (1,3-7,3)
Không HCDBTT	10	14,3	60	85,7	

Tình trạng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi suy tim có mối liên quan có ý nghĩa với biến cố viêm phổi trong thời gian điều trị với $p < 0,001$. Người bệnh mắc HCDBTT có nguy cơ mắc viêm phổi gấp 2,9 lần nhóm người bệnh không mắc HCDBTT. Người bệnh mắc tiền HCDBTT có nguy cơ mắc viêm phổi gấp 3 lần nhóm người bệnh không mắc HCDBTT.

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim và biến cố rối loạn nhịp tim trong thời gian điều trị

Tình trạng	Rối loạn nhịp tim		Không rối loạn nhịp tim		p, OR, 95%CI
	n	%	n	%	
HCDBTT	48	26,7	132	73,3	p<0,001, OR=2,2 95%CI (1,0-4,6)
Không HCDBTT	10	14,3	60	85,7	

Người bệnh mắc HCDBTT có nguy cơ mắc rối loạn nhịp tim gấp 2,2 lần nhóm người bệnh không mắc HCDBTT ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương

Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người cao tuổi bị suy tim là 58,8%. Có 56 người bệnh tiền HCDBTT chiếm 18,3% và 70 người bệnh không có HCDBTT 22,9%. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh suy tim khác nhau theo các quốc gia trên thế giới. Trên thế giới, ước tính tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi suy tim là 44,5%⁵. Kết quả cho thấy người bệnh cao tuổi suy tim tại Việt Nam bị mắc HCDBTT cao hơn so với người cao tuổi mắc suy tim trên toàn cầu. HCDBTT thể hiện ở sự hồi phục chậm và không hoàn toàn, và người bệnh có nguy cơ tử vong cao hơn khi mắc thêm các bệnh cấp tính. Do vậy, bác sĩ cần chú ý tầm soát để phát hiện tình trạng mắc HCDBTT góp phần ngăn ngừa các biến cố cho người bệnh.

Mối liên quan giữa HCDBTT với kết quả điều trị ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

Ngày điều trị ít nhất của nhóm người bệnh nghiên cứu là 3 ngày, nhiều nhất là 19 ngày. Số ngày điều trị trung bình là $11,05 \pm 3,94$, riêng ở nhóm người bệnh mắc HCDBTT là $13,4 \pm 2,8$ ngày, nhóm người

bệnh mắc tiền HCDBTT là $8 \pm 2,6$, nhóm người bệnh không mắc hội chứng này là $7,44 \pm 2,6$. Tình trạng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim có tác động đến số ngày nằm viện với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Roberto Bernabeu-Mora (2017) với số ngày nằm viện trung bình là $11,3 \pm 7,4$ ngày, ở nhóm người bệnh mắc HCDBTT là $11,9 \pm 7,1$ ngày, ở nhóm người bệnh mắc tiền HCDBTT là $11,3 \pm 5,5$ ngày, ở nhóm người bệnh không mắc HCDBTT là $10,8 \pm 8,2$ ngày ($p > 0,05$)⁶; cao hơn kết quả của Sayer (2007) trung bình chung là $7,3 \pm 6,9$ ngày⁷, có sự khác biệt này có thể do tác giả lấy nhóm người bệnh cao tuổi vào viện do suy tim cấp, còn nghiên cứu của chúng tôi về nhóm người bệnh cao tuổi suy tim. Qua đây chúng tôi nhận thấy rằng, nhóm người bệnh mắc HCDBTT có số ngày nằm viện dài hơn so với nhóm mắc tiền HCDBTT và nhóm không mắc, có thể là do tác động của HCDBTT đến nhóm người bệnh này phải điều trị tích cực dài ngày đến lúc ra viện.

Tình trạng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi suy tim có mối liên quan có ý nghĩa với mức độ giảm chỉ số NYHA của người bệnh với $p < 0,001$. Người bệnh mắc HCDBTT giảm 1 bậc NYHA chiếm tỷ lệ tối đa 98,9%. Người bệnh mắc tiền HCDBTT

chủ yếu giảm 2 bậc (64,3%). Nhóm không mắc HCDBTT giảm NYHA tốt nhất, 68,6% người bệnh giảm 2 bậc. Điều này thể hiện được rằng HCDBTT có liên quan việc điều trị với người bệnh cao tuổi bị suy tim ($p < 0,001$), có thể do người bệnh mắc HCDBTT là những người bệnh nặng, tình trạng suy yếu nặng hơn 2 nhóm còn lại, điều trị bằng thuốc và chăm sóc người bệnh không hiệu quả bằng.

NT-proBNP (N-terminal pro B-type natriuretic peptide) là peptid gồm 76 acid amin. Tiền thân của NT-proBNP là pre-pro-peptid bao gồm 134 acid amin. Pre-pro-peptid tách ra thành: proBNP (108 gốc acid amin) và một đoạn peptid tín hiệu (26 gốc acid amin). Khi được giải phóng vào trong máu, proBNP sẽ bị thủy phân bởi một enzyme protease là furin, tạo thành NT-proBNP (76 acid amin) và BNP (32 acid amin). Ở người, NT-proBNP và BNP có hàm lượng lớn trong cơ tâm thất trái, hàm lượng nhỏ trong mô tâm nhĩ và cơ tâm thất phải. Khi tăng sức nén huyết động học tại tim (thành tim bị giãn, phì đại hoặc tăng áp lực tác động lên thành tim), NT-proBNP sẽ tăng phóng thích. NT-proBNP gia tăng nồng độ ở người bệnh suy tim. NT-proBNP được thải trừ thụ động, chủ yếu là qua thận. Xét nghiệm định lượng NT-proBNP có độ nhạy cao và thông dụng hơn BNP trong chẩn đoán bệnh suy tim.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm men tim proBNP lúc vào viện tăng cao, proBNP của người bệnh mắc HCDBTT tăng trung bình 9987,14 pg/ml cao gấp 25 lần giá trị nghi ngờ suy tim. Các nghiên cứu cho thấy nồng độ BNP thay đổi giữa các nhóm tuổi khác nhau. Nghiên cứu của Zhang SR giá trị nồng độ BNP $> 149,8$ pg/ml là ngưỡng giới hạn để phân biệt có suy tim hay không⁸.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2021) nồng độ NT-proBNP ở nhóm suy tim giai đoạn C trung bình $11137,83 \pm 8058,43$, nhóm suy tim giai đoạn D $16213,51 \pm 10944,03$ ⁹. Nhìn chung việc so sánh giữa các nghiên cứu khó khăn vì chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có sự tương quan giữa NT-proBNP với tình trạng dễ bị tổn thương có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ chứng tỏ mối tương quan thuận rất chặt, nồng độ NT-proBNP huyết thanh tăng theo tình trạng dễ bị tổn thương của người bệnh, từ nhóm người bệnh không mắc HCDBTT và tăng cao nhất ở nhóm người bệnh cao tuổi suy tim mắc HCDBTT. Sự chênh lệch proBNP cao cũng dễ dàng lý giải do proBNP lúc nhập viện cao, sau điều trị cải thiện được tình trạng của người bệnh.

Mối liên quan giữa HCDBTT và một số biến cố bất lợi về sức khỏe ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

Tình trạng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi suy tim có mối liên quan có ý nghĩa với biến cố viêm phổi và rối loạn nhịp tim trong thời gian điều trị, với $p < 0,001$. Người bệnh mắc HCDBTT có nguy cơ mắc viêm phổi gấp 2,9 lần nhóm người bệnh không mắc HCDBTT. Người bệnh mắc tiền HCDBTT có nguy cơ mắc viêm phổi gấp 3 lần nhóm người bệnh không mắc HCDBTT. Người bệnh mắc HCDBTT có nguy cơ mắc rối loạn nhịp tim gấp 2,2 lần nhóm người bệnh không mắc HCDBTT ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

HCDBTT là vấn đề sức khỏe thường gặp ở người bệnh cao tuổi bị suy tim chiếm 58,8%. Người bệnh mắc HCDBTT có thời gian điều trị nội trú dài hơn, mức độ giảm bậc NYHA và ProBNP kém hơn và có nguy

cơ mắc các biến cố viêm phổi, rối loạn nhịp tim trong thời gian nằm viện cao hơn người bệnh không mắc HCDBTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M.,... & Kathrine Skibelund, A.** (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 42(36), 3599-3726.
2. **Newman A, Gottdiener JS, McBurnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, Walston JD, and Fried LP.** Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56:M158-M166.
3. **Quyết định số 1857/QĐ-BYT** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn (Bộ Y tế) 5-23 (2022).
4. Hà Quốc Hùng. Đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty syndrome) trên người cao tuổi có bệnh thận mạn điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Trường đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **Denfeld QE, Winters-Stone K, Mudd JO, Gelow JM, Kurdi S, Lee CS.** The prevalence of frailty in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *International journal of cardiology*. 2017; 236:283-289.
6. **Bernabeu-Mora R, García-Guillamón G, Valera-Novella E, Giménez-Giménez LM, Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F.** Frailty is a predictive factor of readmission within 90 days of hospitalization for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study. *Therapeutic advances in respiratory disease*. 2017;11(10):383-392.
7. **Sayers SL, Hanrahan N, Kutney A, Clarke SP, Reis BF, Riegel B.** Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(10):1585-1591.
8. **Zhang Y, Chen A, Song L, Li M, Chen Y, He B.** Association between baseline Natriuretic peptides and Atrial fibrillation recurrence after catheter ablation a meta-analysis. *International heart journal*. 2016;57(2):183-189.
9. **Nguyễn Văn Tuấn TTKA.** Nghiên cứu nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;506(2)

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ CANXI, PHOSPHO, PTH TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG LỌC MÁU CHU KỲ

Trần Quốc Huy¹, Phan Trần Kỳ Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ canxi, phospho, PTH trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ, xác định tỉ lệ rối loạn khoáng xương và khảo sát mối liên quan giữa canxi, phospho, PTH với tuổi và thời gian điều trị lọc máu chu kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang trên 133 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ đã thực hiện bộ xét nghiệm định kỳ tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. **Kết quả:** Nồng độ canxi toàn phần hiệu chỉnh là $2,26 \pm 0,28$ mmol/L; phospho là $2,26 \pm 0,28$ mmol/L; trung vị nồng độ PTH là 280,30 pg/mL [159,20 - 506,30]. Tỉ lệ rối loạn khoáng xương có 78,2% canxi; 95,5% phospho và 42,0% PTH. Có mối tương quan nghịch giữa tuổi với phospho và PTH, có mối tương quan thuận giữa thời gian lọc máu với canxi toàn phần hiệu chỉnh và PTH. **Kết luận:** Rối loạn khoáng xương là một rối loạn rất phổ biến trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ.

Từ khóa: Suy thận mạn, lọc máu chu kỳ, rối loạn khoáng xương, canxi, phospho, PTH.

SUMMARY

SURVEY OF CALCIUM, PHOSPHORUS, AND PTH LEVELS IN END-STAGE CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS UNDERGOING PERIODIC HEMODIALYSIS

¹Trường Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Huy

SĐT: 0377440566

Email: huy.tq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Objective: To investigate calcium, phosphorus, and parathyroid hormone (PTH) levels in end-stage chronic kidney disease (CKD) patients undergoing hemodialysis, determine the prevalence of mineral and bone disorders, and examine the correlation between calcium, phosphorus, PTH levels with age and duration of hemodialysis treatment. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 133 end-stage CKD patients undergoing regular hemodialysis, who had routine laboratory tests performed at Le Van Thinh Hospital. **Results:** The adjusted total calcium concentration was 2.26 ± 0.28 mmol/L, phosphorus was 2.26 ± 0.28 mmol/L, and the median PTH concentration was 280.30 pg/mL [159.20 - 506.30]. The prevalence of mineral and bone disorders was 78.2% for calcium, 95.5% for phosphorus, and 42.0% for PTH. There was an inverse correlation between age and phosphorus and PTH levels, and a positive correlation between duration of hemodialysis with adjusted total calcium and PTH levels. **Conclusion:** Mineral and bone disorders are highly prevalent in end-stage CKD patients undergoing regular hemodialysis.

Keywords: Chronic kidney disease, hemodialysis, mineral and bone disorder, calcium, phosphorus, PTH.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (CKD) là tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh[6]. Khi CKD tiến triển, thận trở nên kém hiệu quả hơn trong việc lọc chất thải và điều hòa nồng độ các chất điện giải trong máu. Việc điều trị thay thế chỉ hỗ trợ chức năng bài tiết của thận, không thể thay thế

hoàn toàn chức năng nội tiết. Bệnh nhân lọc máu sẽ gặp tình trạng tích tụ PTH và phospho giữa các đợt lọc máu. Khi PTH không được duy trì ở mức khuyến cáo và có sự mất cân bằng canxi-phospho dẫn đến rối loạn canxi, phospho máu. Rối loạn khoáng chất và xương do bệnh thận mạn (CKD-MBD) được biểu hiện khi có rối loạn trong chuyển hóa canxi, phospho, PTH hoặc vitamin D, rối loạn chuyển hóa xương, vôi hóa mạch máu hoặc mô mềm khác[5].

Hiện nay, dù đã nhiều nghiên cứu về rối loạn khoáng xương ở bệnh thận mạn, tuy nhiên, những đánh giá toàn diện về canxi, phospho và PTH trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Việt Nam vẫn còn chưa nhiều. Quá trình lọc máu có thể ảnh hưởng đến nồng độ các chất này, do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: (1) Khảo sát nồng độ canxi, phospho, PTH trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ. (2) Xác định tỉ lệ có rối loạn các chỉ số xét nghiệm khoáng xương ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ. (3) Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số xét nghiệm khoáng xương với tuổi và thời gian điều trị lọc máu chu kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Lê Văn Thịnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân đã được chẩn đoán là suy thận mạn giai đoạn cuối theo phác đồ của Bệnh viện Lê Văn Thịnh dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn của KDIGO 2024, hiện đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

Bệnh nhân trên 18 tuổi.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân mắc các bệnh lý khác ngoài thận kèm theo: bệnh lý đường tiêu hóa, bệnh lý xương khớp, ung thư di căn xương, bệnh

lý tuyến giáp và bệnh lý tuyến cận giáp nguyên phát.

Bệnh nhân trong vòng 1 tháng trở lại đây có sử dụng các chế phẩm ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa xương.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Thận nhân tạo và Khoa Hóa sinh - Huyết học Truyền máu – Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 01/2024 đến 05/2024.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2} \approx 72$$

Dựa theo kết quả tỉ lệ bệnh nhân có bất thường 1 trong 3 chỉ số canxi, phospho, PTH trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Minh và Võ Tam (2020) [2] lấy $p = 95,09\%$; $d = 0,05$.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số nền bao gồm: tuổi, giới tính, thời gian lọc máu.

Các biến số kết cục: canxi toàn phần hiệu chỉnh, phospho máu, PTH.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Chọn mẫu toàn bộ mẫu liên tiếp trong thời gian nghiên cứu. Thu thập số liệu hồ sơ bệnh án của toàn bộ bệnh nhân suy thận đến điều trị lọc máu chu kỳ từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2024:

- Thông tin chung: tuổi, giới tính, thời gian điều trị lọc máu chu kỳ.

- Cận lâm sàng: thu thập số liệu từ bộ xét nghiệm định kỳ của bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh gồm: Canxi toàn phần, phospho, PTH.

- Nhập số liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 25.

2.7. Các tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại, công thức sử dụng trong nghiên cứu

Nồng độ mục tiêu canxi toàn phần, phospho, PTH theo tiêu chuẩn của KDIGO 2017 đối với bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ (giai đoạn 5D

Bảng 1. Tiêu chuẩn canxi, phospho, PTH được sử dụng trong nghiên cứu

	Canxi toàn phần	Phospho	PTH
Giai đoạn 5D	2,34 – 2,60 mmol/L	0,81 – 1,36 mmol/L	130 - 600 pg/mL

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Số liệu nghiên cứu được sự chấp thuận của bệnh viện Lê Văn Thịnh và được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Văn Lang chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu thông qua quyết định số 15/2024/HĐĐĐ-IRB-VN01.078. Mọi thông tin sẽ được xử lý, công bố dưới dạng thống kê mô tả và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu****Bảng 2. Đặc điểm chung**

	Phân nhóm	n	%
Giới tính	Nam	63	47,4
	Nữ	70	52,6
Nhóm tuổi	< 40	21	15,8
	40 – 60	66	49,6
	> 60	46	34,6
Tuổi trung bình	55,30±15,41		

Trong 133 bệnh nhân lọc máu chu kỳ, số bệnh nhân nữ nhiều hơn nam chiếm tỉ lệ lần lượt là 52,6% và 47,4%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 55,30 ± 15,41 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 100 tuổi. Gần một nửa số lượng bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi (chiếm 49,6%).

Bảng 3. Thời gian lọc máu chu kỳ

Nhóm thời gian lọc máu	n		%	
< 12 tháng	16		12,0	
12 tháng – < 24 tháng	33		24,8	
24 tháng – < 72 tháng	60		45,1	
72 tháng – < 120 tháng	22		16,5	
≥ 120 tháng	2		1,5	
Thời gian lọc máu	Trung vị	Khoảng tứ phân vị [25%–75%]	Ngắn nhất	Dài nhất
Tháng	30	15 – 60	6	180

Phần lớn bệnh nhân lọc máu có thời gian lọc máu nằm ở nhóm 24 tháng – dưới 72 tháng chiếm 45,1%. Thời gian lọc máu ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 180 tháng.

3.2. Nồng độ canxi, phospho, PTH**Bảng 4: Nồng độ canxi, phospho, PTH máu ở bệnh nhân suy thận**

Chỉ số	n	%	TB ± SD
Nồng độ canxi toàn phần hiệu chỉnh	< 2,34 mmol/L	94	70,7
	2,34 – 2,60 mmol/L	29	21,8
	> 2,60 mmol/L	10	7,5
Nồng độ Phospho	< 0,81 mmol/L	2	1,5
	0,81 – 1,36 mmol/L	6	4,5
	> 1,36 mmol/L	125	94,0
Nồng độ PTH	< 130 pg/mL	29	22,0
	130 - 600 pg/mL	77	58,0
	> 600 pg/mL	27	20,0

3.3. Tỷ lệ rối loạn khoáng xương

Bảng 5. Tỷ lệ rối loạn khoáng xương theo KDIGO ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ

Rối loạn khoáng xương		Bình thường	Rối loạn	Tổng
Canxi toàn phần hiệu chỉnh	n	29	104	133
	%	21,8	78,2	100
Phospho	n	6	127	133
	%	4,5	95,5	100
PTH	n	77	56	133
	%	58,0	42,0	100

Bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ có tỷ lệ rối loạn khoáng xương theo thứ tự là phospho (95,5%), canxi (78,2%) và PTH (42,0%).

3.4. Mối liên quan giữa chỉ số xét nghiệm khoáng xương với tuổi, thời gian lọc máu chu kỳ

Bảng 6. Tương quan giữa các chỉ số xét nghiệm khoáng xương và tuổi

Tuổi	Canxi toàn phần hiệu chỉnh	Phospho	PTH
r	0,023*	-0,375*	-0,287*
p	0,793	< 0,001	0,001

(*): Tương quan Pearson

Phospho và PTH máu có tương quan tỉ lệ nghịch với độ tuổi lần lượt là $r = -0.375$, $p < 0,001$ và $r = -0,287$, $p < 0,001$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và canxi ($p > 0,05$).

Bảng 7. Tương quan giữa các chỉ số xét nghiệm khoáng xương và thời gian lọc máu chu kỳ

Thời gian lọc máu chu kỳ	Canxi toàn phần hiệu chỉnh	Phospho	PTH
r	0,323*	-0,064*	0,393*
p	< 0,001	0,463	< 0,001

(*): Tương quan Pearson

Thời gian lọc máu chu kỳ có sự tương quan tỉ lệ thuận trung bình với nồng độ canxi toàn phần hiệu chỉnh và PTH lần lượt là $r = 0,323$, $p < 0,001$ và $r = 0,393$, $p < 0,001$. Không có ý nghĩa thống kê với nồng độ phospho ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam nữ khá tương đương, có 47,4% bệnh nhân nam và 52,6% bệnh nhân nữ. Độ tuổi trung bình là $55,30 \pm 15,41$ tuổi, đa số bệnh nhân nằm trong nhóm 40-60 tuổi (chiếm 49,6%) và ở nhóm > 60 tuổi (chiếm 34,6%). Tuy nhiên, có sự khác biệt khi so

sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Minh và Nguyễn Hoàng Thanh Vân, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam mắc suy thận mạn cao hơn so với bệnh nhân nữ; độ tuổi trung bình có sự tương đồng với các nghiên cứu trên lần lượt là $49,28 \pm 15,60$ và $48,94 \pm 14,45$, bệnh nhân lọc máu trong độ tuổi lao động[2], [4].

Thời gian lọc máu trung bình là $38,79 \pm 29,93$ tháng (khoảng $3,20 \pm 2,49$ năm). Do phân phối dữ liệu không chuẩn, kết quả được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (25% – 75%) là 30 [15 – 60] tháng. Thời gian lọc máu ngắn nhất là 6 tháng và

thời gian lọc máu dài nhất là 180 tháng. Đa số bệnh nhân nằm trong nhóm có thời gian lọc máu từ 24 đến dưới 72 tháng (chiếm 45,1%). Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân ($47,94 \pm 34,12$ tháng) và Lâm Huỳnh Kim Ngân ($2,93 \pm 1,7$ năm) [3],[4]. Tuy nhiên vẫn có những kết quả khác biệt như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Minh cho kết quả thời gian lọc máu chu kỳ dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là $71,63 \pm 47,54$ tháng[2].

Ở bệnh nhân suy thận mạn có sự thiếu hụt enzym 1α hydroxylase dẫn đến giảm tổng hợp $1,25$ dihydroxy vitamin D, điều này làm giảm hấp thu canxi từ ruột, hậu quả canxi máu giảm. Nồng độ canxi toàn phần hiệu chỉnh trung bình ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ là $2,26 \pm 0,28$ mmol/L giảm so với khoảng khuyến cáo của KDIGO. Đa số bệnh nhân có kết quả canxi giảm $< 2,34$ mmol/L chiếm 70,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ana p năm 2017 nồng độ canxi máu trung bình $2,27 \pm 0,15$ mmol/L [8], cao hơn so với tác giả Nguyễn Thanh Minh $2,09 \pm 0,44$ mmol/L và thấp hơn so với tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân $2,40 \pm 0,27$ mmol/L[2],[4]. Sự khác biệt này có thể do thời gian bệnh nhân bị bệnh, thời gian lọc máu, chế độ dinh dưỡng.

Sự suy giảm số lượng tế bào nephron ở bệnh nhân suy thận mạn dẫn đến rối loạn chức năng bài tiết thận, gây tăng ứ đọng các sản phẩm chuyển hóa, tăng phospho máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ phospho trung bình là $2,25 \pm 0,68$ mmol/L. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ phospho tăng ($> 1,36$ mmol/L) là 94,0%. Kết quả cao khi so sánh nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Minh và Nguyễn Hoàng Thanh Vân, tỷ lệ tăng phospho lần lượt là 74,23% và 81,82% [2],[4].

Bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ có tình trạng cường tuyến cận giáp thứ phát do thận, quá trình tăng sản tuyến cận giáp làm tăng nồng độ PTH kéo dài, gây rối loạn canxi và phospho. Nồng độ trung bình PTH trong nghiên cứu chúng tôi $505,717 \pm 663,609$ pg/mL. Kết quả của chúng tôi thấp so với kết quả của tác giả Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Thanh Minh với PTH máu trung bình lần lượt là $557,82 \pm 561,00$ pg/mL, $569,06 \pm 608,19$ pg/mL [1], [2]. Cao hơn so với nghiên cứu của Lâm Huỳnh Kim ngân $236,3$ pg/mL (1-999). Sự khác biệt này có thể do thời gian ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn, thời gian lọc máu [3].

Về phân loại rối loạn khoáng xương theo KDIGO, tỷ lệ rối loạn khoáng xương trong nghiên cứu đều có rối loạn có 78,2% canxi; 95,5% phospho và 42,0% PTH. Trong các yếu tố khoáng xương, rối loạn thường gặp nhất theo thứ tự là Phospho, Canxi, PTH.

Khi phân tích sự tương quan giữa độ tuổi và các xét nghiệm khoáng xương, chúng tôi nhận thấy độ tuổi có mối tương quan tỉ lệ nghịch mức độ trung bình với nồng độ phospho và PTH lần lượt là $r = -0,375$; $p \leq 0,05$; $r = -0,287$; $p \leq 0,05$. Khi so sánh với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Minh lại chỉ cho thấy mối tương quan tỉ lệ nghịch giữa tuổi với phospho $r = -0,342$, $p < 0,001$, còn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân lại cho thấy mối tương quan tỉ lệ nghịch giữa tuổi với PTH $r = -0,28$, $p = 0,02$ [2],[4].

Khi so sánh sự tương quan giữa thời gian lọc máu và các xét nghiệm khoáng xương, chúng tôi nhận thấy sự tương quan tỉ lệ thuận mức độ trung bình giữa thời gian lọc máu chu kỳ với nồng độ canxi $r = 0,323$, $p \leq 0,05$ và PTH $r = 0,393$, $p \leq 0,05$. So với các nghiên cứu trong nước, kết quả của Nguyễn Thanh Minh ghi nhận thời gian lọc máu chu

kỳ chỉ có tương quan với nồng độ PTH $r = 0,336$, $p = 0,0001$ [2]. Đối với nghiên cứu của tác giả Manuel Naves-Diaz cho thấy có sự tương quan thuận giữa thời gian lọc máu với cả 3 chỉ số canxi, phospho, PTH lần lượt là $r = 0,131$; $r = 0,081$; $r = 0,207$ [7]. Như vậy cho thấy nhóm thời gian lọc máu càng lâu tỉ lệ rối loạn khoáng xương càng lớn trong đó chủ yếu là canxi và PTH.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ canxi toàn phần hiệu chỉnh: $2,26 \pm 0,28$ mmol/L; 7,5% tăng canxi máu và 70,7% có nồng độ canxi toàn phần nằm trong mức giảm. Nồng độ phospho: $2,25 \pm 0,68$ mmol/L; có 94,0% bệnh nhân có nồng độ phospho tăng. Nồng độ PTH: 280,30 [159,20 – 506,30] pg/mL; 20,3% PTH tăng, 21,8% bệnh nhân có PTH giảm.

Tỉ lệ rối loạn khoáng xương trong nghiên cứu đều có rối loạn có 78,2% canxi; 95,5% phospho và 42,0% PTH.

Độ tuổi có sự tương quan tỉ lệ nghịch mức độ trung bình với nồng độ phospho và nồng độ PTH. Có sự tương quan tỉ lệ thuận mức độ trung bình giữa thời gian lọc máu chu kỳ với nồng độ canxi và PTH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Đức Kỹ.** Khảo sát nồng độ hormone tuyến cận giáp ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021. 506 (2).
2. **Nguyễn Thanh Minh, Võ Tam.** Nghiên cứu rối loạn khoáng xương trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2020. 4 (10).
3. **Lâm Huỳnh Kim Ngân, Phan Hữu Hên.** Khảo sát tình trạng cường cận giáp thứ phát và các yếu liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối trước khi ghép thận. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 514 (2).
4. **Nguyễn Hoàng Thanh Vân.** Nghiên cứu nồng độ beta-crosslaps, hormone tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Dược Huế. 2015.
5. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group.** KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention and Prevention of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). 2017. Kidney Int Suppl. 7: 1-59.
6. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Work Group.** KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney international. 2024. 105 (4): S117-S314.
7. **Manuel Naves-Diaz et al.** Calcium, phosphorus, PTH and death rates in a large sample of dialysis patients from Latin America. The CORES Study. Nephrology Dialysis Transplantation. 2011. 26 (6): 1938-1947.
8. **Ana P, Luís S, Hugo GF,** “The calcium/phosphorus homeostasis in chronic kidney disease: from clinical epidemiology to pathophysiology”, Acta Med Port, 2017, 30(6): 485-49.

NHẬN THỨC VỀ YẾU TỐ NGUY CƠ, DẤU HIỆU CẢNH BÁO CỦA ĐỘT QUỴ NÃO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Đinh Thị Thu Ngân¹, Dương Vũ Duyên²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhận thức về yếu tố nguy cơ, dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 234 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện C Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 10/2021 đến 5/2021. **Kết quả:** Tỉ lệ nhận thức đạt về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não ở người bệnh tăng huyết áp lần lượt là 52,60% và 50,4%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ giữa tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não. **Kết luận:** Tỷ lệ nhận thức đạt về yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo chỉ ở mức trung bình. Người bệnh và thân nhân cần phải nâng cao nhận thức về yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo này.

Từ khóa: Đột quỵ, yếu tố nguy cơ, dấu hiệu cảnh báo.

SUMMARY

AWARENESS ABOUT RISK FACTORS AND WARNING SIGNS OF STROKE REGARDING HYPERTENSION PATIENTS AND SOME RELATED FACTORS

Objective: To determine the awareness rate of stroke risk factors and warning signs, and related factors in hypertensive patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 234 hypertensive patients treated at the Cardiovascular Department, C Hospital, Da Nang, from October 2021 to May 2021. **Results:** The rates of adequate awareness of stroke risk factors and warning signs in hypertensive patients were 52.6% and 50.4%, respectively. There were statistically significant correlations ($p < 0.05$) between awareness of these factors and patient characteristics such as age, gender, occupation, and education level. **Conclusion:** Awareness of stroke risk factors and warning signs was moderate. Patients and their families need to improve their knowledge of these critical factors.

Keywords: Stroke, risk factors, warning signs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân phổ biến gây tử vong hàng đầu và cũng là nguyên nhân chính gây ra tình trạng khuyết tật trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ người tử vong do đột quỵ não đang ngày càng tăng lên. Đột quỵ có thể phòng ngừa thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ và nhận biết sớm các dấu hiệu cảnh báo [4]. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ não, trong đó tăng huyết áp là nguy cơ phổ biến nhất.

¹Trường Đại học Y - Dược Đà Nẵng

²Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Dương Vũ Duyên

SĐT: 0934859022

Email: duongvyduyen@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Đột quy não gây tổn thương ở cơ quan thần kinh, gây tàn tật, mất sức lao động và làm tăng gánh nặng y tế [1]. Đặc biệt, 90% người bệnh đột quy não có những tổn thương không hồi phục [1]. Các tổn thương do đột quy ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tăng gánh nặng cho cả gia đình và cộng đồng. Tuy nhiên, gánh nặng này có thể giảm xuống nếu người bệnh được dự phòng và điều trị sớm thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ và nhận biết sớm các dấu hiệu cảnh báo đột quy não. Quá trình kiểm soát lại có liên quan trực tiếp tới nhận thức của người bệnh về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo. Do đó, kiến thức về các triệu chứng và xử trí cấp cứu ban đầu đột quy não là rất quan trọng nhằm nâng cao nhận thức về bệnh, giảm thời gian đến bệnh viện cho người bệnh. Theo Abate và cộng sự, nhận thức chưa đạt về yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quy não của người bệnh tăng huyết áp chiếm khoảng 77% và 77,30% [5]; nghiên cứu của Cù Thị Thanh Tuyền và cộng sự lần lượt là 49,5%, 41,8 [5]. Người trẻ tuổi thường có nhận thức tốt hơn so với người lớn tuổi [1], [5]. Tác giả cũng cho thấy nơi sống, trình độ học vấn và thu nhập có liên quan với nhận thức về các yếu tố nguy cơ đột quy não [4]. Trình độ học vấn và sống một mình có liên quan đến nhận thức dấu hiệu cảnh báo đột quy não [4].

Nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quy não là rất quan trọng để phòng ngừa đột quy não [2]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm góp phần làm giảm gánh nặng của đột quy não tại Đà Nẵng nói chung và tại bệnh viện C nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 234 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện C Đà Nẵng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Cỡ mẫu toàn bộ, người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp theo hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có tiền sử bị đột quy trước đó.

Không có khả năng trả lời bộ câu hỏi: Hôn mê, sa sút trí tuệ, bệnh nặng, cấp cứu.

Người bệnh đã thực hiện khảo sát trước đó.

Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp dựa vào bộ câu hỏi có sẵn đã xin phép từ nghiên cứu của Cù Thị Thanh Tuyền và cộng sự [1]. Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Phần thông tin chung của đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, thu nhập bình quân, tình trạng học vấn, các thông tin về đột quy não của người bệnh; và câu hỏi đánh giá nhận thức về đột quy não. Câu hỏi đánh giá nhận thức này gồm 2 nội dung là (1) nhận thức về các yếu tố nguy cơ: Lớn tuổi, tiền sử bản thân bị đột quy, tiền sử gia đình có người thân bị đột quy, tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, bệnh mạch vành/ Thiếu máu não thoáng qua, béo phì, hút thuốc lá, nghiện rượu, tăng Cholesterol máu, ít vận động, Stress/ Lo âu, chế độ ăn không hợp lý và (2) nhận thức về dấu hiệu cảnh báo đột quy não: Đột ngột tê hoặc yếu liệt vận động nửa người; Đột ngột lú lẫn hoặc mất ý thức; Đột ngột nói khó hoặc không nói được hoặc đột ngột giảm khả năng thông hiểu; Đột ngột chóng mặt hoặc mất thăng bằng, đi đứng khó khăn; Đột ngột giảm khả năng nhìn ở một hoặc hai mắt; Đột ngột đau đầu dữ dội không rõ nguyên nhân.

- Đánh giá nhận thức của người bệnh về yếu tố nguy cơ đột quy não được gọi là đạt khi người bệnh kể được ít nhất 2 trong các

yếu tố nguy cơ đột quỵ não đã được liệt kê trong bộ câu hỏi và nhận thức đánh giá không đạt khi người bệnh không thỏa mãn tiêu chuẩn trên [1]

- Đánh giá nhận thức của người bệnh về các dấu hiệu cảnh báo của đột quỵ não được gọi là đạt khi người bệnh kể được ít nhất 2 trong số các dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não đã được liệt kê trong bộ câu hỏi và nhận thức không đạt khi người bệnh không thỏa mãn tiêu chuẩn trên [1].

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỉ lệ. Mối liên quan giữa các biến định tính được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương có hiệu chỉnh Fisher. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng số 118/BB-HĐĐĐ ngày 02/3/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2021 đến hết tháng 05/2022 tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện C Đà Nẵng có 234 người bệnh tình nguyện tham gia nghiên cứu với kết quả như sau:

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (N= 234)

Đặc điểm người bệnh		n	%
Tuổi 72,40 ± 10,32	< 65 tuổi	56	23,9
	≥ 65 tuổi	178	76,1
Giới	Nam	113	48,3
	Nữ	121	51,7
Nghề nghiệp	Buôn bán	20	8,5
	Làm nông	17	7,3
	Công nhân viên chức	28	12
	Khác	169	72,2
Trình độ học vấn	Tiểu học	43	18,4
	Trung học cơ sở	63	26,9
	Trung học phổ thông	62	26,5
	Trung cấp, Cao đẳng	37	15,8
	Đại học, Sau đại học	29	12,4
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	17	7,3
	Sống cùng người khác	217	92,7
Thu nhập bình quân	Nghèo	15	6,4
	Cận nghèo	22	9,4
	Trung bình	79	33,8
	Khá	81	34,6
	Giàu	37	15,8

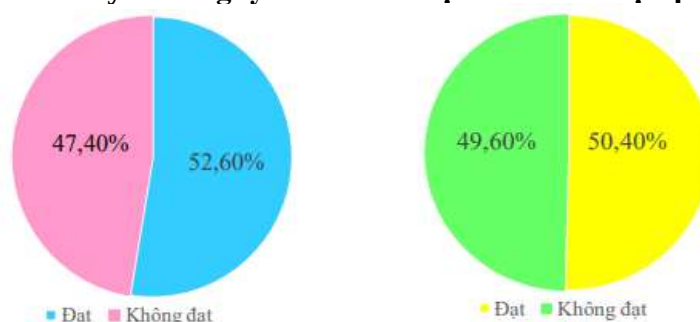
Nhận xét: Độ tuổi trung bình của người bệnh là 72,46±10,32; 76,1% từ 65 tuổi trở lên. Trong đó, tỷ lệ nam và nữ gần như tương đương nhau: 48,3% và 51,7%. Về nghề nghiệp, hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,2% với trình độ học vấn mức Trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất 26,9%. Đa số người bệnh sống cùng người khác với tỉ lệ 92,7% và thu nhập bình quân đầu người khá chiếm tỉ lệ cao nhất 34,6%.

Bảng 2. Thông tin về đột quỵ não của người bệnh (N= 234)

Nguồn thông tin		n	%
Nguồn thông tin về đột quỵ não	Qua tivi, đài	100	42,7
	Qua sách báo	85	36,3
	Qua Internet	82	35
	Người cùng bệnh	66	28,2
	Nhân viên y tế	71	30,3
	Gia đình/ Bạn bè/ Hàng xóm	93	39,7
Hành động khi phát hiện nghi ngờ đột quỵ não	Không làm gì hết	4	1,7
	Gọi điện cấp cứu 115	205	87,6
	Gọi cho bác sĩ	15	6,4
	Gọi điện cho bệnh viện	31	13,2
	Dùng phương pháp gia truyền tại nhà	7	3

Nhận xét: Người bệnh nhận được nguồn thông tin về đột quỵ não qua ti vi, đài chiếm tỉ lệ cao nhất là 42,7%. Đặc biệt, 87,6% người bệnh gọi điện cấp cứu 115 khi phát hiện nghi ngờ đột quỵ não, một tỉ lệ nhỏ 1,7% người bệnh không làm gì khi có dấu hiệu nghi ngờ.

Tỉ lệ nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não



Nhận thức về yếu tố nguy cơ

Nhận thức về dấu hiệu cảnh báo

Biểu đồ 1. Tỉ lệ nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não

Nhận xét: Số người bệnh có nhận thức không đạt chiếm 47,4% so với nhóm còn lại.

Mối liên quan giữa đặc điểm chung với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của người bệnh với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não

Đặc điểm		Nhận thức về các yếu tố nguy cơ n (%)		p	Nhận thức về dấu hiệu cảnh báo n (%)		p
		Đạt	Không đạt		Đạt	Không đạt	
Tuổi	< 65 tuổi	45 (80,4)	11 (19,6)	< 0,001	44 (78,6)	12 (21,4)	< 0,001
	≥ 65 tuổi	78 (43,8)	100 (56,2)		74 (41,6)	104 (58,4)	
Giới	Nam	67 (59,3)	46 (40,7)	0,04	65 (57,5)	48 (42,5)	0,03
	Nữ	56 (46,3)	65 (53,7)		53 (43,8)	68 (56,2)	
Nghề	Buôn bán	14 (7)	6 (30)	< 0,001	13 (65)	7 (35)	< 0,001

Đặc điểm	Nhận thức về các yếu tố nguy cơ n (%)		p	Nhận thức về dấu hiệu cảnh báo n (%)		p
	Đạt	Không đạt		Đạt	Không đạt	
ngiệp	Làm nông	12 (70,6)	5 (29,4)	10 (58,8)	7 (41,2)	
	Công nhân viên chức	20 (71,4)	8 (28,6)	23 (81,2)	5 (17,9)	
	Khác	77 (45,6)	92 (54,4)	72 (42,6)	97 (57,4)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	7 (16,3)	36 (83,7)	16 (37,2)	27 (62,8)	< 0,001
	THCS	28 (44,4)	35 (55,6)	23 (36,5)	40 (63,5)	
	THPT	39 (62,9)	23 (37,1)	31 (50)	31 (50)	
	Tiểu học	7 (16,3)	36 (83,7)	25 (67,6)	12 (32,4)	
	TC, CĐ	26 (70,3)	11 (29,7)	23 (79,3)	6 (20,7)	
	ĐH, SĐH	23 (79,3)	6 (20,7)	16 (37,2)	27 (62,8)	
Hoàn cảnh sống	Một mình	12 (70,6)	5 (29,4)	11 (68,8)	5 (31,3)	0,08
	Sống cùng người khác	111(51,2)	106 (48,8)	107 (49,1)	111 (50,9)	
Thu nhập bình quân	Nghèo	7 (46,7)	8 (53,3)	5 (33,3)	10 (66,7)	< 0,001
	Cận nghèo	10 (45,5)	12 (54,5)	7 (31,8)	15 (68,2)	
	Trung bình	39 (49,4)	40 (50,6)	40 (50,6)	39 (49,4)	
	Khá	42 (51,9)	39 (48,1)	40 (49,4)	41 (50,6)	
	Giàu	25 (67,6)	12 (32,4)	26 (70,3)	11 (29,7)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của người bệnh là $72,46 \pm 10,32$; trong đó số người bệnh có độ tuổi từ 65 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 76,1%. So với một số nghiên cứu trong nước, độ tuổi trung bình của nghiên cứu cao hơn [1]. Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 0,93, so với Cù Thị Thanh Tuyền là 0,87 [1] và Amen là 1,42 [6]. Trong nghiên cứu, nghề nghiệp hưu trí và trình độ trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 72,2% và 26,9%, khác nhau về tỷ lệ so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Cũng trong nghiên cứu, hầu hết người bệnh sống cùng người khác chiếm tỉ lệ rất cao 92,7%, tương đồng với Cù Thị Thanh Tuyền [1].

Nguồn thu thập thông tin về đột quỵ não

Nguồn thu thập thông tin về đột quỵ não mà người bệnh và gia đình nhận được thông qua ti vi, đài chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,7%, khác biệt so với Lý Thị Kim Thương [3]. Theo Olorukooba và cộng sự, nhân viên y tế là đối tượng cung cấp thông tin chính cho người bệnh với tỉ lệ cao nhất là 30,6% [8]. Đặc biệt, tỉ lệ người bệnh tiếp nhận nhận thông tin từ các nguồn không chính thống khá cao. Do vậy, nhân viên y tế cần hướng dẫn các kênh thông tin phù hợp để đảm bảo thông tin đến người bệnh và gia đình được chính xác. Các kênh truyền thông như ti vi, đài là nguồn thông tin đáng tin cậy và được sử dụng làm phương tiện giáo dục sức khỏe cho người bệnh về các vấn đề liên quan đến các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não [8]. Khi phát hiện trường hợp nghi ngờ đột quỵ não, tỉ lệ người tham gia gọi điện cấp cứu 115 chiếm cao nhất 87,60%. So với Chhabra, tỉ lệ người nhà đưa người bệnh đến bệnh viện chiếm cao nhất 39,40% [4].

Tỉ lệ nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não

Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, số người bệnh có nhận thức không đạt về yếu tố nguy cơ là 47,4%, cao hơn Đặng Thị Xuyên [2]. Một số nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu càng cao thì tỉ lệ nhận thức đạt về các yếu tố nguy cơ đột quỵ não càng cao [1], [7]. Theo Đặng Thị Xuyên và cộng sự, trình độ học vấn Đại học, Sau đại học thấp nhất với 18,5% [2]. So với chúng tôi, tỉ lệ này là 12,4%. Kết quả cho thấy nhận thức của người bệnh về các yếu tố nguy cơ đột quỵ não còn hạn chế. Vì vậy, nhân viên y tế cần xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe để nâng cao nhận thức về các yếu tố nguy cơ đột quỵ não ở những người bệnh tăng huyết áp.

Liên quan đến dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não, số người bệnh có nhận thức không đạt về dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não chiếm 49,6%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Abate và cộng sự là 77,3% [5]. Các tác giả cũng ghi nhận trình độ học vấn của người tham gia nghiên cứu thấp thì tỉ lệ nhận thức đạt về các dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não thấp [2], [3], [6]. Theo Abate, tỉ lệ người mù chữ chiếm cao nhất với 55,40% [5]. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ người bệnh có trình độ tiểu học chiếm 18,40%, không có người mù chữ. Trong khi đó, nhận thức tốt về dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não giúp người bệnh, gia đình người bệnh phản ứng nhanh, hành động thích hợp và người bệnh được tiếp nhận điều trị sớm hơn, ngăn ngừa tàn tật, tử vong và các bệnh nặng liên quan đến não khác. Do đó, nhân viên y tế cần phải xây dựng chương trình can thiệp phù hợp đối tượng.

Mối liên quan giữa đặc điểm chung của người bệnh với nhận thức về các yếu

tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não

Nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não ($p < 0,05$). Người bệnh càng trẻ tuổi thì nhận thức càng tốt. Điều này tương đồng với Amen [4], Đặng Thị Xuyên [2] về các yếu tố nguy cơ và Abate [5], Pinto [7] về dấu hiệu cảnh báo. Theo y văn, người bệnh ở độ tuổi sau 55 tuổi, cứ tăng thêm 10 năm thì tỉ lệ đột quỵ sẽ tăng gấp đôi. Trong khi đó, tỉ lệ nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo lại cao. Vì vậy, đột quỵ lại càng dễ dàng xuất hiện ở những người bệnh này hơn. Do đó, chúng ta thường xuyên quan tâm, cung cấp thông tin nhằm nâng cao nhận thức về các yếu tố nguy cơ đột quỵ não cho người lớn tuổi.

Cũng theo nghiên cứu, người bệnh nam có nhận thức tốt hơn nữ, tương đồng với Olorukooba [8] về yếu tố nguy cơ. Kết quả cũng tương đồng với Amen [6] và khác biệt với Lý Thị Kim Thương về dấu hiệu cảnh báo [3]. Đây cũng là lưu ý trong khi truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh để nâng cao hiệu quả của chương trình can thiệp. Nghề nghiệp cũng được xác định có mối liên quan với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não ($p < 0,05$), tương đồng với Lý Thị Kim Thương [3]. Trong khi đó, chúng tôi ghi nhận trình độ học vấn có mối liên quan đến nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo. Trình độ học vấn càng cao thì nhận thức càng tốt. Kết quả này thay đổi khác nhau trong các nghiên cứu [7], [8]. Về hoàn cảnh sống, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa hoàn cảnh sống với nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não, tương tự với tác giả Cù Thị Thanh

Tuyền [1]. Với thu nhập bình quân, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa thu nhập bình quân với nhận thức về yếu tố nguy cơ, tương tự Amen [6]. Tuy nhiên, chúng tôi lại tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố này với nhận thức về dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não, tương đồng [7] và khác biệt [1] với một số tác giả.

V. KẾT LUẬN

Số người bệnh có nhận thức không đạt về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não còn cao với các mối liên quan được tìm thấy: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập bình quân. Nhiều người bệnh nhận được thông tin từ những nguồn không chính thống. Do đó, các chương trình giáo dục sức khỏe cần triển khai trên các kênh truyền thông khác nhau phù hợp với đặc tính chung của người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu được tiến hành trên phạm vi hẹp và thời gian thu thập mẫu tương đối ngắn nên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong thời gian tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tuyền Cù Thị Thanh**, Đánh giá nhận thức các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu sớm của đột quỵ trên người bệnh tăng huyết áp ở bệnh viện, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2019.
2. **Xuyến Đặng Thị**, Nhận thức về các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ ở người trưởng thành tại thành phố Buôn Ma Thuột, Đắk Lắk, Tạp chí Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2019, 25(2), 95-99.
3. **Thương Lý Thị Kim**, Nhận thức về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não của người dân tại phường Tây Sơn thành phố Pleiku tỉnh Gia Lai năm 2016, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2016, 2(1).
4. **Chhabra M, Gudi SK, Rashid M et. al.**, Assessment of Knowledge on Risk Factors, Warning Signs, and Early Treatment Approaches of Stroke among Community Adults in North India: A Telephone Interview Survey, Journal of Neurosciences in Rural Practice, 2019, 10(03), 417-422.
5. **Abate AT, Bayu N, Mariam TG**, "Hypertensive Patients Knowledge of Risk Factors and Warning Signs of Stroke at Felege Hiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study", Neurology Research International, 2019.
6. **Amen**, Assessment of hypertensive patients knowledge about lifestyle risk factors and warning signs of stroke, Journal of Contemporary Medical Sciences, 2016, 2(5), 28-32.
7. **Pinto VJ, George P**, Awareness on risk factors and warning signs of stroke among individuals with hypertensio, Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences, 2017, 6(30), pp. 2410.
8. **Olorukooba AA, Mohammed Y, Yahaya SS et al**, Awareness of stroke and knowledge of its risk factors among respondents in Shika community, Kaduna State, Nigeria, Archives of Medicine and Surgery, 2018, 3(1), pp. 30.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Trần Đức Trọng¹, Nguyễn Hồng Trường¹, Lê Văn Cường¹,
Phạm Viết Hùng¹, Trần Trọng Thạch¹, Trần Văn Phi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu 34 trường hợp tán sỏi thận qua nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm từ tháng 5/2023 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** Có 23 bệnh nhân nam và 11 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình $47,1 \pm 11,6$ tuổi. Phần lớn người bệnh chưa có tiền sử can thiệp phẫu thuật tại thận (79,4%). Nhóm có độ giãn thận $\leq$ độ II chiếm đến 94,1%. Kích thước sỏi trung bình là $14,0 \pm 3,7$ mm, trong đó 44,1% bệnh nhân có sỏi đơn độc và 55,9% bệnh nhân có từ 2 viên trở lên. Tỷ lệ thành công khi đặt access sheath lên đến bể thận đạt 88,2%, thời gian phẫu thuật trung bình là $57,8 \pm 18,5$ phút, lưu thông tiểu trung bình $19,3 \pm 3,4$ giờ. Tỷ lệ sạch sỏi tại hậu phẫu ngày thứ 2 là 73,5%, tại thời điểm rút sonde JJ là 85,3%. Tổng thời gian nằm viện trung bình $5,6 \pm 2,1$ ngày, trong đó thời gian hậu phẫu kéo dài trung bình $2,9 \pm 1,1$ ngày. Không có biến chứng nghiêm trọng trong và sau mổ. Thời gian lưu sonde JJ niệu quản trung bình $22,7 \pm 5,0$ ngày. **Kết luận:** Nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm có ưu điểm can thiệp theo đường tự nhiên ít xâm lấn, hồi phục nhanh, an toàn, ít biến chứng, hiệu quả sạch sỏi cao.

Từ khóa: sỏi thận, tán sỏi bằng ống mềm, không đặt sonde JJ niệu quản

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF RENAL CALCULI WITH FLEXIBLE URETEROSCOPES AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of retrograde flexible ureteroscopic lithotripsy for kidney stones at Vinh City General Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 34 cases of flexible ureteroscopic lithotripsy for kidney stones from May 2023 to July 2024. **Results:** The study included 23 male and 11 female patients, with an average age of 47.1 ± 11.6 years. The majority of patients (79.4%) had no prior history of kidney surgery. Patients with kidney dilation of grade II or less accounted for 94.1%. The average stone size was 14.0 ± 3.7 mm, with 44.1% having solitary stones and 55.9% having two or more stones. The success rate of placing the access sheath into the renal pelvis was 88.2%, with an average surgery duration of 57.8 ± 18.5 minutes and an average urinary catheterization time of 19.3 ± 3.4 hours. The stone-free rate on postoperative day 2 was 73.5%, and 85.3% at the time of JJ stent removal. The average hospital stay was 5.6 ± 2.1 days, with a mean postoperative stay of 2.9 ± 1.1 days. There were no serious intraoperative or postoperative complications. The JJ stent was in place for an average of 22.7 ± 5.0 days. **Conclusion:** Flexible ureteroscopic lithotripsy offers the advantages of minimally invasive intervention through natural orifices, rapid recovery, safety, few complications, and high stone-free efficacy.

Keywords: Kidney stones, flexible ureteroscopic lithotripsy, no JJ stent placement.

¹Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Thạch

SĐT: 0344775834

Email: thachtran573@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, với sự phát triển vượt trội của khoa học công nghệ, nhiều kỹ thuật mới trong phẫu thuật điều trị sỏi thận đã được triển khai. Trong đó, nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm được xem như chỉ định đầu tay trong các can thiệp điều trị sỏi thận dưới 2cm[1]. Một số nghiên cứu mới cũng chỉ ra tán sỏi thận bằng ống soi mềm cũng là phương pháp điều trị hiệu quả cho sỏi thận có kích thước trên 2cm[2]. Tán sỏi thận bằng ống soi mềm là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm như không có vết mổ, ít xâm lấn, nguy cơ mất máu thấp, tỷ lệ tai biến thấp, mức độ biến chứng nhẹ, hồi phục sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn. Ngày càng có nhiều nghiên cứu cả trong và ngoài nước về hiệu quả và các yếu tố liên quan trong điều trị sỏi thận bằng nội soi ống mềm.

Nội soi ngược dòng ống mềm đã được thực hiện trên thế giới lần đầu tiên từ năm 1996 với những kết quả khả quan. Ở Việt Nam, kỹ thuật nội soi thận niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi thận với năng lượng Laser Holmium được thực hiện từ năm 2010 tại một số cơ sở y tế và mang lại những kết quả đáng kể với tỷ lệ thành công. Tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh, chúng tôi triển khai kỹ thuật này từ 2019. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi thận bằng ống soi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh từ tháng 5/2023 đến tháng 7/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 34 bệnh nhân được nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh từ tháng 5/2023 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: 01 sỏi đơn độc bể thận/ đài thận/ sỏi khúc nối bể thận niệu quản có đường kính lớn nhất $\leq 25\text{mm}$. Sỏi bể thận/ Sỏi khúc nối bể thận niệu quản kết hợp sỏi

đài thận, tổng đường kính lớn nhất các viên sỏi $\leq 25\text{mm}$.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa điều trị, thận mất chức năng, thận ứ nước độ IV. Sỏi đài dưới với góc bể thận – đài dưới $<30^\circ$, chiều dài đài dưới $>3\text{cm}$ và đường kính cổ đài $<5\text{mm}$

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh.

Phương pháp thu thập số liệu: Tiến cứu, chọn mẫu toàn bộ.

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử can thiệp, kích thước và số lượng sỏi, độ giãn của thận, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ thành công chung (không phải chuyển phương pháp khác), thời gian lưu sonde bàng quang, thời gian hậu phẫu, thời gian nằm viện, thời gian lưu sonde JJ, mức độ tai biến biến chứng.

Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân vào viện đủ tiêu chuẩn sẽ được chỉ định tán sỏi thận bằng ống soi mềm ngay khi có kết quả nuôi cấy nước tiểu âm tính.

Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê nội khí quản hoặc gây mê qua Mask thanh quản hoặc gây tê tủy sống.

Các bước phẫu thuật:

- Bước 1: Đặt ống soi cứng qua niệu đạo vào bàng quang, xác định lỗ niệu quản bên phẫu thuật, luồn guidewire vào lỗ niệu quản lên đến bể thận, đưa ống soi theo guidewire lên đến bể thận, kiểm tra tình trạng niệu quản.

- Bước 2: Đặt giá đỡ niệu quản (access sheath): Đặt dây dẫn đường Zebra từ bể thận ra đến lỗ niệu đạo ngoài. Luồn giá đỡ niệu quản có nòng theo dây dẫn đẩy vào niệu quản lên đến bể thận, rút nòng giá đỡ niệu quản, để lại giá đỡ từ bể thận ra ngoài.

- Bước 3: Đặt ống soi mềm theo giá đỡ niệu quản lên đến bể thận, kiểm tra bể thận, các đài thận, tìm sỏi, đặt thêm kênh laser.

- Bước 4: Tán vỡ vụn sỏi bằng laser, gắp các mảnh sỏi lớn còn sót lại sau khi tán bằng rọ gắp sỏi mềm. Bơm rửa các vụn sỏi nhỏ qua giá đỡ niệu quản.

• Bước 5: Rút laser, đặt dây dẫn Zebra qua ống soi mềm vào bể thận, ống soi, rút giá đỡ niệu quản, đặt sonde JJ niệu quản theo dây dẫn Zebra. Đặt sonde bàng quang.

Bệnh nhân được chỉ định rút sonde bàng quang, chụp Xquang hệ tiết niệu kiểm tra vào hậu phẫu ngày thứ nhất. Đánh giá sạch sỏi khi

khi trên phim Xquang không còn sỏi hoặc có mảnh sỏi $\leq 4\text{mm}$. Đánh giá biến chứng phẫu thuật theo thang điểm Clavien – Dindo. Chỉ định tái khám rút sonde JJ sau mổ 3 tuần, đánh giá hiệu quả sạch sỏi bằng phim Xquang tương tự hậu phẫu ngày thứ nhất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 05/2023 đến tháng 07/2024 chúng tôi thu thập được 34 bệnh nhân có kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Tuổi (năm)	Min	Max	Trung bình
	26	65	47,1 $\pm$ 11,6
Giới tính		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam		23	67,6
Nữ		11	32,4
Tiền sử can thiệp tại thận được tán sỏi		Số lượng	Tỷ lệ %
Không có can thiệp		27	79,4
Mổ mở lấy sỏi		1	2,9
Tán sỏi ngoài cơ thể		1	2,9
Tán sỏi ngược dòng		4	11,9
Tán sỏi thận qua da		1	2,9

Gồm 34 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 47,1 $\pm$ 11,6 tuổi, tuổi thấp nhất là 26 tuổi, tuổi cao nhất là 65 tuổi. Có 11 bệnh nhân nữ và 23 bệnh nhân nam. Đa phần các bệnh nhân không có tiền sử can thiệp phẫu thuật tại thận được tán sỏi bằng ống soi mềm.

Bảng 2: Đặc điểm sỏi trước phẫu thuật

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí thận can thiệp	Trái	18	52,3
	Phải	16	47,7
Độ giãn thận	Không giãn	7	20,5
	Độ I	16	47,1
	Độ II	9	26,5
	Độ III	2	5,9
Số lượng sỏi	1	15	44,1
	≥ 2	17	55,9
Vị trí sỏi	Sỏi khúc nối	10	29,4
	Sỏi khúc nối + đài thận	14	41,2
	Sỏi bể thận	3	8,8
	Sỏi bể thận + đài thận	2	5,9
	Đài thận	5	14,7
Kích thước sỏi (mm)	<10	9	26,5
	10-20	23	67,6
	>20	2	5,9
	Trung bình	14,0 $\pm$ 3,7	

Hai bên phẫu thuật có tỷ lệ gần tương đương nhau, không có trường hợp nào tán hai bên một thì. Tỷ lệ bệnh nhân có độ giãn $\leq$ độ II chiếm đến 94,1%, số bệnh nhân có sỏi tại vị trí khúc nối chiếm đến 70,6%. Kích thước sỏi trung bình là $14,0 \pm 3,7\text{mm}$, trong đó nhóm có kích thước sỏi lớn hơn 20mm chỉ chiếm 5,9%.

Bảng 3. Vị trí đặt access sheath trong tán sỏi

Vị trí tối đa của access sheath	n	%
Bể thận	30	88,3
Niệu quản 1/3 trên	3	8,8
Niệu quản 1/3 giữa	1	2,9

Nhóm bệnh nhân có thể đặt access sheath niệu quản lên đến bể thận chiếm đa số.

Các đặc điểm trong phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật trung bình $57,8 \pm 18,5$, thấp nhất 35 phút, cao nhất 115 phút.
- Lưu sonde tiểu trung bình $19,3 \pm 3,4$ giờ, thấp nhất 8 giờ, cao nhất 28 giờ.
- Nằm viện trung bình $5,6 \pm 2,1$ ngày, thấp nhất 2,9 ngày, cao nhất 13,9 ngày, trong đó thời gian hậu phẫu trung bình $2,9 \pm 1,1$ ngày.
- Lưu sonde JJ trung bình $22,7 \pm 5,0$, thấp nhất 10 ngày, cao nhất 34 ngày.

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

	Kết quả loại bỏ sỏi	n	%
Hậu phẫu ngày 2	Sạch sỏi	25	73,5
	Chưa sạch sỏi	9	26,5
Thời điểm rút sonde JJ	Sạch sỏi	29	85,3
	Chưa sạch sỏi	5	14,7

Tỷ lệ sạch sỏi tăng tại thời điểm rút sonde JJ thể hiện rõ cơ chế đào thải sỏi trong phẫu thuật này, là bào mòn sỏi lớn thành các mảnh vụn, và các mảnh vụn nhỏ tự đào thải dần theo thời gian, đặc biệt là sau thời điểm rút sonde JJ, tuy nhiên việc đánh giá hiệu quả phẫu thuật sau rút sonde JJ còn gặp khó khăn do thời gian theo dõi dài.

Bảng 5. Biến chứng sớm phẫu thuật theo Clavien – Dindo

Phân độ Clavien - Dindo	n	%
Không có biến chứng	29	85,3
Độ I	3	8,8
Độ II	2	5,9
Độ III	0	0

Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật của chúng tôi thấp, mức độ biến chứng thấp, chưa có trường hợp từ độ III trở lên theo phân độ Clavien-Dindo.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật: trong nghiên cứu của chúng tôi, độ

tuổi của bệnh nhân hầu hết ở nhóm tuổi dưới 60, độ tuổi trung bình là $47,1 \pm 11,6$ tuổi. Kết quả này của tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Ngọc Sơn ($49 \pm 12,4$ tuổi) [3], tác giả Vũ Ngọc Thắng [4] ($49,6 \pm 13,6$ tuổi). Đa phần đối tượng nghiên cứu chưa có tiền sử can thiệp ngoại khoa.

Về đặc điểm sỏi trước phẫu thuật: Chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là những trường hợp thận giãn nhẹ hoặc không giãn. Những trường hợp này sẽ dễ thao tác tán sỏi hơn so với những trường hợp thận giãn nhiều vì viên sỏi sẽ có tính cố định cao hơn. Số lượng bệnh nhân có sỏi đơn độc và sỏi từ 2 viên trở lên khá tương đương nhau. Về vị trí sỏi, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có sỏi ở vị trí khúc nối bể thận – niệu quản tương đối cao (70,6%). Về kích thước viên sỏi, chúng tôi sử dụng cách đo kích thước lớn nhất của viên sỏi theo trục dài nhất đi qua 2 cực của viên sỏi, đơn vị đo là milimet, đo trực tiếp trên phim chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu. Kích thước sỏi trung bình là $14,0 \pm 3,7$ mm, kết quả này tương đồng với nhiều tác giả [5][6].

Theo nghiên cứu đa trung tâm của Hyeong Dong Yuk và cộng sự chỉ ra rằng, việc đặt sonde JJ trước tán sỏi ống mềm không ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi mà nó chỉ ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công khi đặt Sheath niệu quản. Nghiên cứu này cũng khuyến cáo rằng, việc đặt sonde JJ trước tán sỏi ống mềm không cần thiết, tuy nhiên cần cứ theo đặc điểm của bệnh nhân có thể cân nhắc đặt sonde JJ trước hay không [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân không được đặt JJ niệu quản chủ động trước phẫu thuật mà chỉ định tán sỏi thận trực tiếp trong một thì. Đa số các bệnh nhân được đặt access sheath đến bể thận, có 4 trường hợp không đặt được đến bể thận do hẹp niệu quản và/hoặc niệu quản gấp góc. Các bệnh nhân này được soi trực tiếp bằng ống soi mềm lên thận tán sỏi từ vị trí cao nhất mà sheath có thể đến.

Về các đặc điểm phẫu thuật: So với các phương pháp điều trị sỏi thận khác, phẫu thuật nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm là một phương pháp có nhiều ưu điểm như không có vết mổ, ít xâm lấn, nguy cơ mất

máu thấp, tỷ lệ tai biến thấp, mức độ biến chứng nhẹ, hồi phục sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật là $57,8 \pm 18,5$ phút, kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Ngọc Thắng[4] ($63,5 \pm 20,6$ phút). Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $5,6 \pm 2,1$ ngày, trong đó thời gian điều trị hậu phẫu là $2,9 \pm 1,1$ ngày. Thời gian lưu sonde JJ niệu quản sau mổ là $22,7 \pm 5,0$ ngày.

Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi (73,5%) cũng tương đương so với tác giả Vũ Ngọc Thắng (76,9% ở nhóm sỏi đơn độc và tỷ lệ sạch sỏi chung là 72,6%). Tỷ lệ sạch sỏi tăng lên tại thời điểm rút sonde JJ (85,3%) do có một bệnh nhân có vụn sỏi sau tán sỏi được đào thải thêm trong thời gian đặt sonde JJ. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều tác giả, tỷ lệ sạch sỏi tại thời điểm rút sonde JJ cao hơn so với thời điểm ngay sau mổ [4][5][6]. Tuy nhiên cũng cần có nghiên cứu lâu dài hơn để đánh giá tỷ lệ sạch sỏi sau thời điểm rút sonde JJ, vì đây là thời điểm thuận lợi cho việc đào thải mảnh sỏi sau tán sỏi ống soi mềm.

Về tai biến, biến chứng trong và sau mổ: Các tai biến và biến chứng của tán sỏi thận nội soi ống mềm cũng đã được nhiều tác giả đề cập đến trước đây như chảy máu, tổn thương niệu quản, bể thận hay nhiễm khuẩn. Tỷ lệ tai biến sau nội soi niệu quản là 9 - 25%. Phần lớn biến chứng là nhỏ và không cần phải can thiệp lại [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 14,7 %, tuy nhiên mức độ biến chứng thấp. Bao gồm 3 bệnh nhân đau sau mổ, đã được sử dụng thêm thuốc giảm đau cho đáp ứng tốt, 2 bệnh nhân sốt sau mổ, đáp ứng với liệu pháp nâng bậc kháng sinh. Không có trường hợp nào bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết hay sốc nhiễm khuẩn, có thể do chúng tôi áp dụng thường

quy kháng sinh điều trị cho bệnh nhân có chỉ định tán sỏi thận bằng ống soi mềm và chỉ thực hiện kỹ thuật khi có kết quả nuôi cấy nước tiểu âm tính. Không có trường hợp nào phải can thiệp lại, chuyển phương pháp khác. Biến chứng tổn thương niệu quản nặng như thủng niệu quản, đứt niệu quản, lộn lòng niệu quản là rất hiếm, trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm là một phương pháp có nhiều ưu điểm như không có vết mổ, ít xâm lấn, nguy cơ mất máu thấp, tỷ lệ tai biến thấp, mức độ biến chứng nhẹ, hồi phục sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn. Tuy nhiên, cần có thêm những nghiên cứu dài hạn với cỡ mẫu bệnh nhân đủ lớn để đánh giá tốt hơn vai trò của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Türk C, Petřík A, Sarica K, et al: EAU guidelines on interventional treatment for urolithiasis. Eur Urol, 2023.
2. Alenezi H, Denstedt JD. Flexible ureteroscopy: Technological advancements, current indications and outcomes in the treatment of urolithiasis, Asian Journal of Urology 2015; 20: 1-9.
3. Nguyễn Ngọc Sơn. Đánh giá kết quả tán sỏi thận bằng nội soi ống mềm tại bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Luận văn chuyên khoa cấp II - Đại học Y Hà Nội. 2022.
4. Vũ Ngọc Thắng và cộng sự. Đánh giá kết quả phương pháp nội soi ống mềm ngược dòng qua niệu đạo tán sỏi thận bằng laser không đặt stent niệu quản trước mổ tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;(509):118-124.
5. Nguyễn Vũ Minh Thiện. Kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi niệu quản ngược dòng ống mềm tại Bệnh viện Giao thông vận tải. Tạp chí y dược học. 2024(Số đặc biệt):64-68.
6. Hoàng Long, Nguyễn Đình Bắc. Kết quả sớm của tán sỏi nội soi bằng ống soi mềm kỹ thuật số điều trị sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2022;(159):105-113.
7. Hyeong Dong Yuk, Juhyun Park, Cho SY, et al. The effect of preoperative ureteral stenting in retrograde Intrarenal surgery: A multicenter, propensity score-matched study. BMC Urology. 2020:147.

KHẢO SÁT TỶ LỆ BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN CỦA SINH VIÊN NGÀNH KHOA HỌC SỨC KHỎE THEO THANG ĐIỂM GERDQ

Lê Thị Trúc Quyên¹, Phan Thị Quỳnh Hương¹, Nguyễn Trọng Đức¹,
Đoàn Gia Huy¹, Lê Thọ Minh Hiếu¹, Võ Thị Nga¹, Hoàng Thị Nam Giang¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là tình trạng dịch dạ dày trào ngược lên thực quản, hầu họng và đường hô hấp gây ra các triệu chứng và biến chứng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mắc GERD ở sinh viên theo thang điểm GerdQ và khảo sát một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên sinh viên khối ngành sức khỏe từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2024. Mô hình hồi quy logistic đa biến đã được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến GERD. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh viên mắc GERD theo thang điểm GerdQ là 13,5%. Mức độ căng thẳng được đo bằng thang PSS-10 có điểm ≥ 18 có khả năng mắc GERD cao gấp 2 lần so với sinh viên có mức điểm thấp hơn. **Kết luận:** Căng thẳng có mối liên quan đáng kể với nguy cơ mắc GERD, khi sinh viên có điểm PSS-10 ≥ 18 có nguy cơ mắc GERD cao gấp 2 lần.

Từ khóa: GERD, sinh viên, Helicobacter pylori, căng thẳng, lo âu, GerdQ

SUMMARY

STUDY OF PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG HEALTH – SCIENCE STUDENTS USING GERDQ SCORE

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trúc Quyên
SĐT: 0868014625

Email: trucquyenle141210@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Background: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a condition where stomach acid refluxes into the esophagus, throat, and respiratory tract, causing symptoms and complications. **Objective:** To determine the prevalence of GERD among students using the GerdQ scale and to examine associated factors. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on health science students from February to May 2024. Multivariate logistic regression analysis was used to identify factors related to GERD. **Results:** The prevalence of GERD among students according to the GerdQ scale was 13.5%. Students with a stress level measured by the PSS-10 scale, with a score ≥ 18 , were twice as likely to develop GERD compared to those with lower scores. **Conclusion:** Stress is significantly associated with an increased risk of GERD, with students scoring ≥ 18 on the PSS-10 scale having twice the risk.

Keywords: GERD, students, Helicobacter pylori, stress, anxiety, GerdQ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

GERD là tình trạng dịch dạ dày trào ngược lên thực quản, hầu họng và đường hô hấp gây ra các triệu chứng và biến chứng. Bệnh nhân mắc GERD thường có những biểu hiện lâm sàng chính như trớ, ợ nóng và các triệu chứng ít gặp hơn như nuốt đau, nuốt khó, đau ngực. Đáng chú ý, nếu không được phát hiện sớm và điều trị đúng, bệnh có thể dẫn lại biến chứng loét thực quản, xuất huyết tiêu hóa, hẹp thực quản và nguy cơ Barrett thực quản, thậm chí tiến triển ung thư thực quản.

Việc chẩn đoán GERD dựa trên triệu chứng lâm sàng vẫn đóng vai trò quan trọng trong tiếp

cận ban đầu và đưa ra các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp, do vậy nhiều thang điểm triệu chứng đã được xây dựng để chẩn đoán GERD. Vào năm 2009, R. Jones và cộng sự đã xây dựng thang điểm về tần suất mắc triệu chứng GERD có tên là GerdQ (Gastroesophageal reflux disease Questionnaire), nhằm chẩn đoán và quản lý hiệu quả bệnh nhân mắc GERD. Thang điểm GerdQ đã được xây dựng phiên bản Tiếng Việt (1).

GERD đang ngày càng gia tăng ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương (2). Đáng lưu tâm hơn nữa là GERD đang phổ biến ở độ tuổi trẻ, đặc biệt là ở độ tuổi sinh viên. Trong đó, sinh viên ngành y học đã được quan tâm nghiên cứu. Theo nghiên cứu tại Ả Rập Xê út, tỷ lệ sinh viên y khoa báo cáo có triệu chứng GERD là 25,9% (3). Trên thế giới đã tiến hành nhiều báo cáo về GERD ở nhiều đối tượng khác nhau, tuy nhiên tại Việt Nam đa số các nghiên cứu chỉ tập trung vào đối tượng bệnh nhân và ít có nghiên cứu thực hiện trên đối tượng người trẻ tuổi, có vẻ khỏe mạnh như nhóm sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe.

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc GERD ở sinh viên là đa yếu tố bao gồm chế độ ăn uống, thói quen ăn uống; sử dụng các chất kích thích gây nghiện; chỉ số khối cơ thể (BMI), và các yếu tố khác như tiền sử, tuổi tác, sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), mức độ căng thẳng. Đặc biệt, sinh viên y khoa được cho là nhóm đối tượng có mức độ căng thẳng cao.

Như vậy, GERD đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu và đang dần trẻ hóa. Đối tượng sinh viên, đặc biệt là sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe đang có nguy cơ đối mặt với GERD cũng như các biến chứng của GERD. Do đó, xác định tỷ lệ sinh viên mắc GERD và các yếu tố làm tăng tần suất mắc GERD là cần thiết. Tuy nhiên, theo hiểu biết của chúng tôi, tại Việt Nam có rất ít

nghiên cứu về tỷ lệ GERD và yếu tố liên quan đến GERD trên đối tượng sinh viên ngành y học. Do đó nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ sinh viên mắc GERD theo thang điểm GerdQ và khảo sát một số yếu tố liên quan đến GERD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Là sinh viên đang học tại Trường Y Dược - Đại học Đà Nẵng

Tiêu chuẩn loại trừ

Sinh viên có tiền sử khó tiêu chức năng; viêm, loét dạ dày – tá tràng đã được bác sĩ chẩn đoán

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu

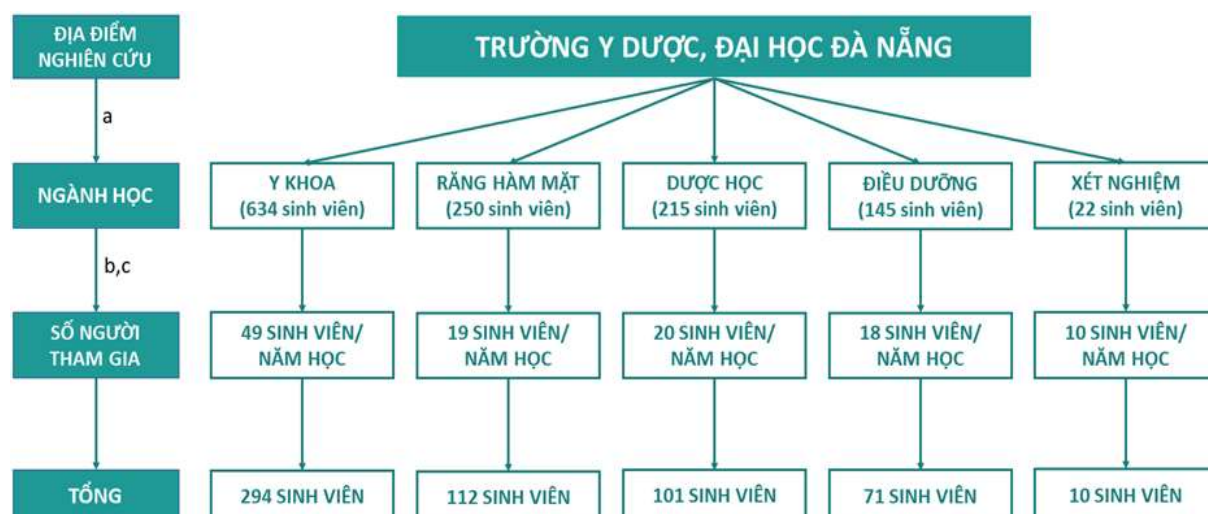
Cỡ mẫu khảo sát được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ với độ tin cậy 95%, sai số tuyệt đối 4,5%, tỷ lệ ước tính từ tỷ lệ sinh viên ngành y đa khoa mắc GERD tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là 44,9% (4). Do đó cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 470 sinh viên. Thực tế, chúng tôi đã tiếp cận 588 sinh viên và cuối cùng có 562 sinh viên đã được phân tích dữ.

$$n = \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 \cdot \frac{p(1-p)}{e^2} = 1.96^2 \cdot \frac{0.449(1-0.449)}{0.045^2} = 470$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát; α : Sai số loại 1. Với $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy = 95%), $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$; p: tỷ lệ mắc GERD ước tính; e: sai số tuyệt đối ($e = 0,045$).

Kỹ thuật chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn gồm: giai đoạn 1 là chọn mẫu phân tầng theo tỷ lệ cho các ngành học, giai đoạn 2 là chọn mẫu phân tầng theo tỷ lệ cho các năm học, giai đoạn 3 là chọn mẫu ngẫu nhiên đơn số sinh viên của mỗi năm học. Chi tiết về kỹ thuật chọn mẫu được trình bày ở sơ đồ sau:



^a Chọn mẫu phân tầng theo tỷ lệ 29:11:10:7:1 cho các ngành; ^b Chọn mẫu phân tầng tỷ lệ 1:1 cho các năm; ^c Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo năm học

2.4. Thu thập dữ liệu

Công cụ nghiên cứu

Bộ câu hỏi với tổng cộng 33 câu hỏi bao gồm 4 phần chính: (1) Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, (2) Đánh giá các triệu chứng của GERD thông qua bộ câu hỏi GerdQ, (3) Đánh giá mức độ căng thẳng của sinh viên thông qua thang điểm PSS-10 (Perceived Stress Scale), (4) Một số yếu tố liên quan đến GERD của sinh viên.

Bộ câu hỏi sau khi hoàn chỉnh đã được thử nghiệm trên 10 sinh viên thỏa mãn tiêu chí lựa chọn để đánh giá tính dễ hiểu, thời gian hoàn thành bộ câu hỏi, thu thập những nhận xét, góp ý để điều chỉnh cho phù hợp.

Quy trình thu thập dữ liệu

Các thành viên tham gia thu thập dữ liệu sẽ được tập huấn về cách thức thu thập dữ liệu. Sau đó, cách thành viên đến các lớp được phân công và giải thích rõ về nghiên cứu cho sinh viên tham gia nghiên cứu. Thu lại phiếu và rà soát số liệu thu được. Cuối cùng, tiến hành nhập, xử lý và phân tích dữ liệu.

2.5. Phân tích dữ liệu

Đối với phân tích mô tả, các biến định tính trình bày theo tần suất và tỷ lệ phần

trăm, các biến định lượng không phân phối chuẩn được trình bày theo trung vị và tứ phân vị.

Đối với thang điểm GerdQ bao gồm có 6 câu hỏi, nếu tổng điểm lớn hơn hoặc bằng 8 điểm thì xác định là mắc GERD (1). Sinh viên không hoàn thành đầy đủ các câu hỏi trong thang điểm GerdQ không được đưa vào phân tích. Đối với thang điểm PSS-10 có tổng cộng 10 câu, tổng điểm cho toàn bộ thang điểm từ 0 – 40 điểm, điểm càng cao mức độ căng thẳng càng tăng.

Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc GERD của sinh viên theo thang điểm GerdQ. Tỷ số Odds đã điều chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% được đưa ra và giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Số liệu được nhập, phân tích và xử lý thông qua phần mềm Microsoft Excel 365 và R phiên bản 4.3.3.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đảm bảo tính tự nguyện, ẩn danh, bảo mật cho người tham gia và được cho phép thực hiện bởi Hội đồng Trường Y Dược, Đại học Đà Nẵng.

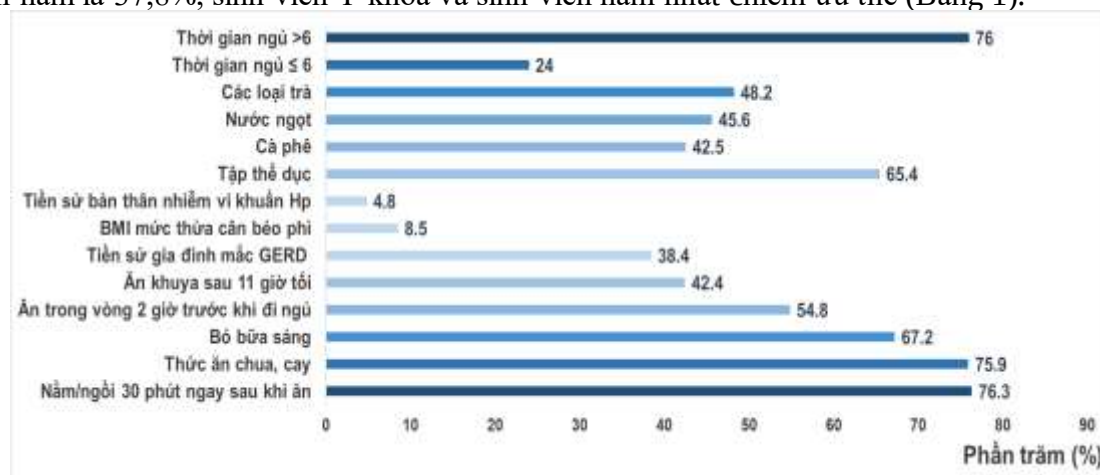
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của sinh viên

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm		Tần suất (%)
Tuổi (năm), trung vị (điểm tứ phân vị 1; điểm tứ phân vị 3)		21 (20,0; 22,0)
Giới tính	- Nam	195 (37,8)
	- Nữ	231 (44,5)
Ngành học	- Y khoa	234 (44,5)
	- Răng hàm mặt	106 (20,2)
	- Dược	108 (20,5)
	- Điều dưỡng	68 (12,9)
	- Kỹ thuật xét nghiệm y học	10 (1,9)
Năm học	- Năm 1	121 (23,0)
	- Năm 2	111 (21,1)
	- Năm 3	103 (19,6)
	- Năm 4	87 (16,5)
	- Năm 5	70 (13,3)
	- Năm 6	34 (6,5)
Xếp loại học lực học kỳ gần nhất	- Xuất sắc	46 (9,8)
	- Giỏi	167 (35,5)
	- Khá	221 (47,0)
	- Trung bình/Kém	36 (7,7)

Với tỷ lệ phản hồi là 94,3%, có 526 sinh viên tham gia nghiên cứu. Trong đó, tỷ lệ sinh viên nam là 37,8%, sinh viên Y khoa và sinh viên năm nhất chiếm ưu thế (Bảng 1).



Biểu đồ 1. Đặc điểm hành vi của các đối tượng tham gia nghiên cứu

Nhận xét: Đa số sinh viên có một số thói quen tốt như thời gian ngủ > 6 tiếng (76%), tập thể dục (65,4%). Tuy nhiên họ cũng có một số thói quen xấu: bỏ bữa sáng (67,2%); ăn thức ăn chua, cay (75,9%); nằm/ngồi 30 phút ngay sau khi ăn (76,3%)

3.2. Tỷ lệ sinh viên mắc GERD theo thang điểm GerdQ

Trong tổng số 562 sinh viên tham gia nghiên cứu có 13,5% sinh viên mắc GERD theo thang điểm GerdQ.

Bảng 2. Tỷ lệ trả lời của các thành phần trong bảng câu hỏi GerdQ của đối tượng nghiên cứu, Trường Y Dược, 2024

Triệu chứng	0 ngày n (%)	1 ngày n (%)	2-3 ngày n (%)	4-7 ngày n (%)
1. Số ngày bạn gặp tình trạng ợ nóng (nóng rất sau xương ức)	439 (83,5)	52 (9,9)	23 (4,4)	12 (2,2)
2. Số ngày bạn bị ợ chua/trớ thức ăn (chất trong dạ dày trào ngược lên cổ họng hoặc miệng)	377 (71,7)	99 (18,8)	40 (7,6)	10 (1,9)
3. Số ngày bạn bị đau vùng thượng vị	414 (78,7)	70 (13,3)	35 (6,7)	7 (1,3)
4. Số ngày bạn có triệu chứng buồn nôn	413 (78,5)	68 (13)	38 (7,2)	7 (1,3)
5. Số ngày bạn gặp khó ngủ về đêm do ợ nóng/trớ thức ăn	475 (90,3)	31 (5,9)	18 (3,4)	2 (0,4)
6. Số ngày bạn phải dùng thêm thuốc kê đơn do ợ nóng/trớ (phosphalugel, antaxit khác)	506 (96,2)	12 (2,3)	8 (1,5)	0 (0)
Tổng điểm GerdQ ^a	6,0 (6,0; 7,0)			

Chú thích: ^aGiá trị trung vị (điểm tứ phân vị 1; điểm tứ phân vị 3)

3.3. Một số yếu tố liên quan đến GERD

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc GERD theo thang điểm GerdQ của sinh viên (phân tích hồi quy logistic đa biến)

Đặc điểm*	OR & KTC 95%	p	aOR & KTC 95%	p
Mức độ căng thẳng				
< 18	1,0		1,0	
≥ 18	1,6 (0,9-2,8)	0,07	2,0 (1,0-4,0)	0,045

OR: tỷ suất chênh; aOR: tỷ suất chênh đã điều chỉnh; KTC: Khoảng tin cậy; BMI: Chỉ số khối cơ thể; ^a Trung vị (điểm tứ phân vị 1; điểm tứ phân vị 3); ^b năm; ^c Kg/m²; ^d ngày/tuần; ^e lần/tuần; ^f giờ

*Biến tham gia vào phân tích hồi quy logistic đa biến gồm các đặc điểm sau: tuổi, giới tính, xếp loại học lực học kỳ gần nhất, BMI, tiền sử gia đình mắc GERD (đã được bác sĩ chẩn đoán), tiền sử bản thân nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori*, mức độ căng thẳng, ăn thức ăn chua cay^{a,d}, bỏ bữa sáng^{a,e}, ăn khuya sau 11 giờ tối^e, ăn trong vòng 2 giờ trước khi đi ngủ^e, nằm/ngồi 30 phút ngay sau khi ăn, tập thể dục^c, sử dụng thức uống chứa caffeine^e, sử dụng các loại trà, sử dụng nước ngọt, tổng thời gian đi ngủ vào buổi tối^f

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy sinh viên có điểm PSS-10 ≥ 18 (mức độ căng thẳng cao) có

nguy cơ mắc GERD cao gấp 2 lần so với sinh viên có mức điểm PSS-10 < 18 (mức độ căng thẳng nhẹ).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) ngày càng trở nên phổ biến trên toàn thế giới, các triệu chứng và biến chứng của GERD không những ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống mà còn gây ra các tác động tiêu cực về mặt kinh tế xã hội, cũng như năng suất lao động của của người bệnh (5). Nghiên cứu của nhóm tác giả cho thấy tỷ lệ sinh viên mắc GERD theo thang điểm GerdQ là 13,5 %, tương đối cao so với tỷ lệ mắc GERD của khu vực Châu Á nói chung và Đông Nam Á nói riêng (6). Tuy nhiên, kết quả này tương đồng với tỷ lệ mắc GERD của một nghiên cứu tương tự trên sinh viên y khoa ở Iran (14,8%) (7) và thấp

hơn so với nghiên cứu ở Ả Rập Xê-út (25,9%) (3), Thành phố Hồ Chí Minh (44,9%) (4). Lý do cho sự gia tăng tỷ lệ mắc GERD trên có thể là vì sinh viên ngành khoa học sức khỏe phải thường xuyên chịu nhiều áp lực về học tập, thi cử, thời gian học kéo dài (4-6 năm) và học phí tăng dần. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc GERD ở mỗi nghiên cứu có thể do cỡ mẫu đối tượng nghiên cứu, đặc điểm bệnh tật của quần thể khảo sát, tiêu chuẩn chẩn đoán GERD, cách thức khảo sát và xử lý số liệu khác nhau.

Thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến nhóm tác giả đã tìm thấy rằng căng thẳng là một yếu tố có liên quan đến tỷ lệ mắc GERD. Những sinh viên có tổng điểm PSS-10 lớn hơn hoặc bằng 18 có tỷ lệ mắc GERD cao gấp 2 lần so với những sinh viên có tổng điểm thấp hơn. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu tương tự trên đối tượng sinh viên y khoa và sử dụng thang điểm PSS-10 để đánh giá mức độ căng thẳng cũng báo cáo kết quả tương tự rằng những sinh viên có mức độ căng thẳng cao làm tăng nguy cơ mắc GERD lên gấp 3,9 lần so với những sinh viên có mức độ căng thẳng thấp hơn (8).

Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Đầu tiên, đây là một nghiên cứu cắt ngang do đó không thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và GERD. Thứ hai, một số câu hỏi mang tính tự báo cáo nên có thể gặp gây ra một số sai số nhớ lại. Thứ ba, nghiên cứu chỉ giới hạn trong Trường Y Dược - Đại học Đà Nẵng nên kết quả có thể không đại diện cho tất cả sinh viên y dược trên toàn quốc hoặc các trường đại học khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên mắc GERD theo thang điểm GerdQ của nghiên cứu là 13,5%. Triệu

chứng hay gặp nhất là ợ chua/trớ thức ăn (28,3%) theo sau là triệu chứng buồn nôn. Căng thẳng có liên quan đáng kể đến tỷ lệ mắc GERD. Mức độ căng thẳng được đo bằng thang PSS-10 cho thấy 58,4% sinh viên có mức độ căng thẳng cao, sinh viên có điểm PSS-10 ≥ 18 có nguy cơ mắc GERD cao gấp 2 lần so với sinh viên có mức điểm thấp hơn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành gửi lời cảm ơn sâu sắc đến Ban giám hiệu Trường Y Dược - Đại học Đà Nẵng, quý thầy cô, các sinh viên đã hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thu thập dữ liệu nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quách Trọng Đức, Hồ Xuân Linh.** Giá trị của bộ câu hỏi GerdQ trong chẩn đoán các trường hợp bệnh trào ngược dạ dày thực quản có hội chứng thực quản. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012;16(1):15-22.
2. **Jung HK.** Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia: a systematic review. J Neurogastroenterol Motil. 2011;17(1):14-27.
3. **Atta MM, Sayed MH, Zayed MA, Alsulami SA, Al-Maghrabi AT, Kelantan AY.** Gastro-oesophageal reflux disease symptoms and associated risk factors among medical students, Saudi Arabia. Int J Gen Med. 2019;12:293-8.
4. **Phạm Vũ Hạnh Dung, Nguyễn Hữu Minh Dũng, Nguyễn Vĩ Hào, Phạm Ngọc Huy, Quý Khoa, Hồ Thị Bích Ngọc, và cộng sự.** Khảo sát tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh trào ngược dạ dày – thực quản ở sinh viên y khoa khóa y2020 tại đại học y dược thành phố hồ chí minh. Ho Chi Minh; 2022.

5. **The global, regional, and national burden of gastro-oesophageal reflux disease in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5(6):561-81.
6. **El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J.** Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut. 2014;63(6):871-80.
7. **Bordbar G, Bolandnazar NS.** Gastroesophageal reflux disease (GERD): Prevalence and association with psychological disorders among medical sciences students. 2015;8:120-30.
8. **Baklola M, Terra M, Badr A, Fahmy FM, Elshabrawy E, Hawas Y, et al.** Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease, and its associated risk factors among medical students: a nation-based cross-sectional study. BMC Gastroenterol. 2023;23(1):269.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA PALONOSETRON VỚI DEXAMETHASON TRONG ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG NÔN VÀ BUỒN NÔN SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG MỔ LẤY THAI

Hoàng Thị Hồng Xuyên¹, Nguyễn Hoàng Hiệp¹, Vũ Huy Chiến¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: So sánh hiệu quả của palonosetron với dexamethason trong điều trị dự phòng nôn và buồn nôn sau gây tê tủy sống mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp:** sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, sản phụ > 18 tuổi có chỉ định gây tê tủy sống để mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nhóm P: 35 BN sử dụng 0,075mg Palonosetron tiêm tĩnh mạch trước khi GTTS 5 – 10 phút. Nhóm D: 35 BN sử dụng 8mg Dexamethason tiêm tĩnh mạch trước khi GTTS 5 – 10 phút. **Kết quả:** Mức độ nôn - buồn nôn trong và sau mổ

nhóm D nặng hơn nhóm P. Trong mổ nhóm P có 8,6% BN NBN độ 1, và 5,7% BN NBN độ 2, Nhóm D có 8,6% BN NBN độ 1 và 14,3% BN nôn - buồn nôn độ 2. Sau mổ nhóm P có 8,6% BN NBN độ 1, 5,7% BN NBN độ 2, 2,9% BN NBN độ 3, nhóm D có 17,1% BN nôn, buồn nôn độ 1 và 5,7% BN NBN độ 2, 5,7% BN NBN độ 3 và 2,9% BN NBN độ 4. Các tác dụng không mong muốn ở nhóm D cao hơn nhóm P như run (20% ở nhóm D và 14,3% ở nhóm P), đau đầu, dị ứng (5,7% ở nhóm D và 2,9% ở nhóm P). **Kết luận:** Để đạt hiệu quả cao trong dự phòng nôn - buồn nôn trong và sau mổ lấy thai cần dự phòng bằng palonosetron nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc y tế và rút ngắn thời gian hồi phục.

Từ khóa: nôn, buồn nôn, palonosetron, dexamethason.

SUMMARY

COMPARING THE EFFECTIVENESS OF PALONOSETRON WITH

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Hồng Xuyên
SĐT: 0349701288

Email: hongxuyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

DEXAMETHASON IN PREVENTING NAUSEA AND VOMITING UNDER SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION

Objective: To compare the effectiveness of palonosetron with dexamethason in preventing nausea and vomiting under spinal anesthesia for cesarean section. **Subjects and methods:** Using a controlled clinical trial design, pregnant women > 18 years old were prescribed spinal anesthesia for elective cesarean section at Hanoi Medical University Hospital. Group P: 35 patients used 0.075 mg Palonosetron injected intravenously 5 - 10 minutes before spinal anesthesia. Group D: 35 patients used 8 mg of Dexamethasone injected intravenously 5 - 10 minutes before spinal anesthesia. **Results:** The level of nausea and vomiting during and after surgery in group D was more severe than in group P. During surgery, group P had 8.6% of patients with level 1 of nausea and vomiting, and 5.7% of patients with level 2 of nausea and vomiting, Group D showed 8.6% % of patients with level 1 nausea and vomiting, and 14.3% of patients with level 2 nausea and vomiting. After surgery, group P indicated 8.6% of patients with level 1 nausea and vomiting, 5.7% of patients with level 2 nausea and vomiting, 2.9% of patients with level 3, Group D presented 17.1% of patients with level 1 nausea and vomiting, 5.7% of patients with level 2 nausea and vomiting, 5.7% of patients with level 3 nausea and vomiting, and 2.9% of patients with level 4 nausea and vomiting. Unwanted effects in group D were found higher than in group P such as tremor (20% in group D and 14.3% in group P), headache, allergies (5.7% in group D and 2.9% in group P). **Conclusion:** To achieve high effectiveness in nausea and vomiting prevention during and after cesarean section, prophylaxis with palonosetron is needed to improve the quality of medical care and shorten recovery time.

Keywords: nausea, vomiting, palonosetron, dexamethasone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ nôn - buồn nôn sau mổ (NBNSM) theo Hội Gây mê hồi sức Hoa Kỳ khoảng 20 - 30% và lên đến 70 - 80% ở những BN có nguy cơ rất cao về buồn nôn và nôn sau mổ. Buồn nôn và nôn sau GTTS để mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao khoảng 56% - 66% sau mổ [1]. Rất nhiều các yếu tố khác nhau có thể dẫn đến nôn, buồn nôn ở giai đoạn trong mổ lấy thai dưới GTTS như: Yếu tố tâm sinh lý, yếu tố phẫu thuật, lực co kéo phúc mạc nội tạng, hạ huyết áp nghiêm trọng không được điều trị, mất máu trong thời gian ngắn, sử dụng các thuốc opioid và các thuốc co hồi tử cung (oxytocin) [2].

Palonosetron là một chất đối kháng với thụ thể 5-HT₃ mới nhất có ái lực gắn kết với thụ thể cao hơn và thời gian bán hủy trong huyết tương dài hơn so với chất đối kháng thụ thể 5-HT₃ cũ như ondasetron, granisetron, dolasetron và ramosetron và rất hiệu quả trong việc ngăn ngừa và điều trị buồn nôn và nôn do hóa trị liệu, trong và sau mổ. Do có thời gian bán thải dài khoảng 30 giờ và có tính chọn lọc cao với thụ thể 5-HT₃. Dexamethason là một glucocorticoid mạnh với thời gian bán hủy sinh học là 36 -72 giờ và đây thuốc dự phòng nôn sau mổ hiệu quả đã được nghiên cứu và sử dụng từ lâu với chi phí thấp, ít tác dụng phụ khi dùng một liều duy cũng là thuốc khuyên dùng cho những BN có nguy cơ NBNSM ở mức trung bình hoặc cao [2, 3].

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về dự phòng nôn, buồn nôn trong và sau mổ của Palonosetron và dexamethason sau GTTS để mổ lấy thai. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: ***So sánh hiệu quả của palonosetron với dexamethason***

trong điều trị dự phòng nôn và buồn nôn sau gây tê tủy sống mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn BN

- Sản phụ có tình thần tỉnh táo
- Tình trạng sức khỏe ASA I, II.
- BN có chỉ định gây tê tủy sống để mổ lấy thai chủ động.
- BN không sử dụng thuốc chống nôn, buồn nôn trước mổ.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có chống chỉ định gây tê tủy sống hoặc không thực hiện được kỹ thuật gây tê
- Sản phụ có khó khăn trong giao tiếp, mắc bệnh thần kinh hoặc tâm thần, tiền sử hay hiện tại nghiện ma túy.
- Có triệu chứng nôn - buồn nôn trước mổ.
- Có bệnh đái tháo đường thai kỳ không ổn định kèm theo, rối loạn dung nạp glucose
- Các bệnh lý nội khoa, tăng ure máu.
- Đang điều trị ung thư bằng hóa chất.
- Sản phụ dị ứng với các thành phần của thuốc gây tê, palonosetron và dexamethasone.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức chống đau, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2023 đến tháng 4/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiến cứu có so sánh.

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện 70 BN phù hợp tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

Chọn ngẫu nhiên theo phương pháp bốc thăm, chia hai nhóm bằng nhau. Mỗi BN sẽ tương ứng với một lần bốc thăm, bắt được thăm nhóm nào thì xếp vào nhóm đó và thực

hiện đúng theo phương pháp đó. Mỗi nhóm được thực hiện các bước tiến hành thu thập số liệu là như nhau.

Nhóm 1: Ký hiệu là nhóm P được tiêm tĩnh mạch Palonosetron.

Nhóm 2: Ký hiệu là nhóm D được tiêm tĩnh mạch Dexamethason.

2.4. Phương pháp tiến hành

2.4.1. Thuốc dự phòng nôn và buồn nôn

Dexamethason ống 4mg của Công ty CP dược phẩm Vĩnh Phúc.

Palonosetron ống 0,25mg/5ml của Công ty cổ phần dược phẩm trung ương CPC1 sản xuất.

2.4.2. Thuốc và phương tiện cho GTTS

Thuốc GTTS: Bupivacain 0,5% tỉ trọng cao 20mg/4ml của hãng Laboratoire Aguettant – Pháp.

Fentanyl 100µg/2ml của hãng Rotexmedical.

Dụng cụ: Kim gây tê tủy sống 27G của hãng B. Braun:

Các dụng cụ vô khuẩn gồm có khay vô khuẩn, găng, gạc, pince, betadin 10%, cồn 70⁰, toan có lỗ, bát nhỏ, áo mổ và bơm kim tiêm các loại.

2.4.3. Phương tiện theo dõi

Máy theo dõi Life Scope của hãng Nihon Kohden Nhật Bản: Đo HADM không xâm lấn, đo nhịp tim, ECG, SpO₂, nhịp thở, nhiệt độ

Kim 20G đầu tù để thử cảm giác đau theo phương pháp Pin - Prick

Thước đo chiều cao và cân nặng.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

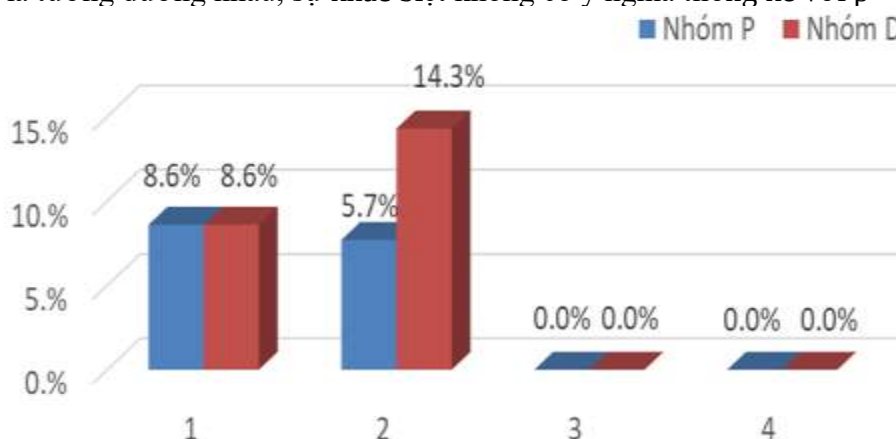
Tất cả các BN nhân đều được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, những lợi ích và nguy cơ, BN hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin của người bệnh hoàn toàn được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ nôn và buồn nôn tại các thời điểm trong mổ

Thời điểm \ Nôn và buồn nôn	Nhóm P(n=35)		Nhóm D(n=35)		p
	n	%	n	%	
H1	0	0,0	1	2,9	0,5
H3	0	0,0	1	2,9	0,5
H5	3	8,6	2	5,7	0,5
H10	1	2,9	1	2,9	0,754
H15	1	2,9	1	2,9	0,754
H30	2	5,7	2	5,7	0,693
H-KT	1	2,9	2	5,7	0,5

Nhận xét: Tỷ lệ BN nôn-buồn nôn tại các thời điểm trong mổ H1 - H-KT của 2 nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Phân bố mức độ nôn buồn nôn trong mổ

Trong số 14,3% BN nhóm P nôn, buồn nôn trong mổ có 8,6% BN nôn buồn nôn độ 1, và 5,7% BN nôn, buồn nôn độ 2.

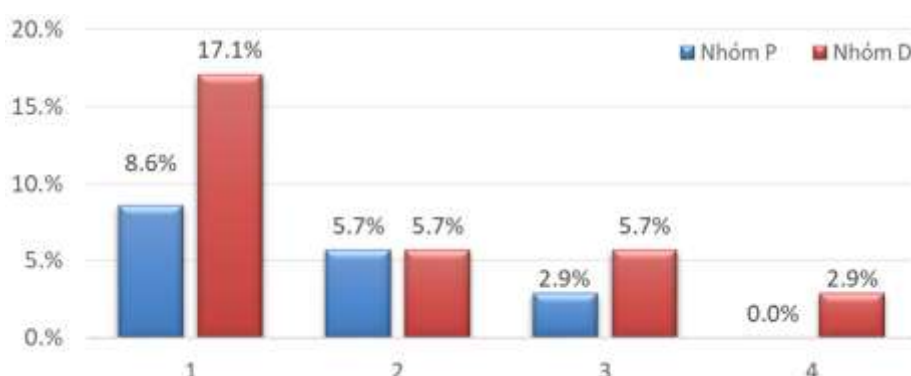
Trong số 22,9% BN nhóm D nôn, buồn nôn trong mổ có 8,6% BN nôn, buồn nôn độ 1 và 14,3% BN nôn, buồn nôn độ 2.

Không có BN nào nôn, buồn nôn độ 3,4 ở cả 2 nhóm.

Bảng 3.2. Đánh giá tỷ lệ nôn và buồn nôn tại các thời điểm sau mổ

Thời điểm \ Nôn và buồn nôn	Nhóm P (n=35)		Nhóm D (n=35)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Hs2	5	14,3	8	22,9	0,27
Hs6	3	8,6	6	17,1	0,24
Hs14	2	5,7	4	11,4	0,34
Hs24	0	0,0	2	5,7	0,25

Tỷ lệ BN nôn-buồn nôn tại các thời điểm Hs2 - Hs24 sau mổ của 2 nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.2. Phân bố mức độ nôn buồn nôn ở các nhóm sau mổ

Trong số BN nhóm P nôn, buồn nôn sau mổ có 8,6% BN NBN độ 1, 5,7% BN NBN độ 2, 2,9% BN NBN độ 3.

Trong số BN nhóm D nôn, buồn nôn sau mổ có 17,1% BN nôn, buồn nôn độ 1 và 5,7% BN nôn, buồn nôn độ 2, 5,7% BN nôn, buồn nôn độ 3 và 2,9% BN nôn, buồn nôn độ 4.

Bảng 3.3. Tỷ lệ sản phụ có yếu tố nguy cơ đến nôn, buồn nôn

YTNC	Nhóm P (n=35)		Nhóm D (n=35)		p
	n	%	n	%	
Nữ giới	35	100	35	100	>0,05
Say tàu xe, NBN sau mổ	23	65,7	26	74,3	
Hút thuốc	0	0	0	0	
Dùng Morphin sau mổ	0	0	0	0	

Nhận xét: Sản phụ có tiền sử say tàu xe nhóm P chiếm 65,7%, nhóm D chiếm 74,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Một số tác dụng không mong muốn

TDKMM	Nhóm P (n =35)		Nhóm D (n =35)		p
	n	%	n	%	
Run	5	14,3	7	20,0	0,35
Đau đầu	1	2,9	2	5,7	0,27
Dị ứng	1	2,9	2	5,7	0,5
Nhịp tim chậm	2	5.7	3	8.6	0.5
Nhịp tim nhanh	26	74.3	27	77.1	0.05

Tỷ lệ BN gặp các tác dụng không mong muốn ở nhóm D (77.1% nhịp nhanh, 8,6% nhịp chậm, 20% run, 5,7% đau đầu, 5,7% dị ứng) cao hơn so với nhóm P (74,3% nhịp nhanh, 5,7% nhịp chậm, 14,3% run, 2,9% đau đầu, 2,9% dị ứng).

BN nhóm D nhịp tim nhanh cao hơn đáng kể so với nhóm P, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá tỷ lệ nôn và buồn nôn tại các thời điểm trong mổ

Nghiên cứu này đã dự phòng nôn - buồn nôn bằng dexamethasone hay palonosetron nên tỷ lệ các sản phụ không nôn - buồn nôn (mức độ 0) chiếm tỷ lệ cao. Tại một số thời điểm cụ thể trong phẫu thuật và quá trình hồi

phục sau phẫu thuật thì tỷ lệ này có thay đổi nhưng không đáng kể. Dexamethasone là một thuốc chống nôn chi phí thấp và hiệu quả đã được sử dụng rộng rãi để ngăn ngừa buồn nôn - buồn nôn do hóa trị, cũng như nôn - buồn nôn xảy ra sau khi gây mê toàn thân. Tuy nhiên, liều cao hoặc sử dụng lâu dài dexamethasone có thể gây ra tác dụng phụ như không dung nạp glucose, nhiễm trùng vết thương và chậm lành vết thương. Do đó, cần sử dụng liều tối thiểu có hiệu quả để ngăn ngừa nôn - buồn nôn sau phẫu thuật, và trong nghiên cứu này, 8 mg dexamethasone đã được chọn [3], [4].

4.2. Đánh giá tỷ lệ nôn - buồn nôn tại các thời điểm sau mổ

Tỷ lệ BN nôn-buồn nôn tại các thời điểm sau phẫu thuật 2 giờ và 24 giờ của 2 nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 2 giờ có 14,3% BN ở nhóm P và 22,9% BN ở nhóm D có biểu hiện nôn và buồn nôn. Sau 6 giờ, 8,6% BN ở nhóm P và 17,1% BN ở nhóm D có biểu hiện nôn - buồn nôn. Sau 14 giờ, 5,7% BN ở nhóm P và 11,4% BN ở nhóm D có biểu hiện nôn - buồn nôn. Sau 24 giờ, chỉ có 5,7% BN ở nhóm D còn nôn - buồn nôn. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Fonseca N M năm 2020, sau phẫu thuật 1-12 giờ có 10% BN ở nhóm P và 35% BN ở nhóm D có biểu hiện nôn - buồn nôn, sau 12-24 giờ phẫu thuật, chỉ còn 10% BN ở nhóm D nôn - buồn nôn [3].

Trong số BN nhóm P nôn, buồn nôn sau mổ có 8,6% BN nôn - buồn nôn độ 1, 5,7% BN nôn - buồn nôn độ 2, 2,9% BN nôn - buồn nôn độ 3. Trong số BN nhóm D nôn, buồn nôn sau mổ có 17,1% BN nôn - buồn nôn độ 1 và 5,7% BN nôn - buồn nôn độ 2, 5,7% BN nôn - buồn nôn độ 3 và 2,9% BN nôn - buồn nôn độ 4. Nghiên cứu của Archana B Narayanappa năm 2017, sau 0-2 giờ phẫu thuật nhóm RD có 10% mức độ

nhẹ, 10% mức độ trung bình, 3,3% mức độ nặng, nhóm P có 3,3% mức độ nhẹ, 46,7% mức độ trung bình, 26,7% mức độ nặng. Tuy nhiên sau 6 - 24 giờ phẫu thuật chỉ còn 13,3% BN nhóm RD mức độ nhẹ [5].

4.3. Đặc điểm liên quan yếu tố nguy cơ nôn và buồn nôn

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phân bố các sản phụ có yếu tố nguy cơ đến nôn - buồn nôn, trong đó yếu tố say tàu xe chiếm chủ yếu với 65,7% ở nhóm P và 74,3% ở nhóm D, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, tiền sử say tàu xe là yếu tố nguy cơ gây nôn - buồn nôn sau phẫu thuật khi phân tích đơn biến và đa biến. Các nghiên cứu đã chỉ ra BN có tiền sử bị say tàu xe có nguy cơ nôn - buồn nôn cao hơn hẳn những BN không có tiền sử này [4], [6].

4.4. Các tác dụng không mong muốn

Run

Biểu hiện run và rét run tuy không nguy hiểm nhưng gây khó chịu cho sản phụ. Cơ chế của run sau gây tê vùng đến nay vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ nhưng thường gặp trong các trường hợp như sản phụ lo lắng, nhiệt độ môi trường lạnh, liệt cơ do gây tê tủy sống, giãn mạch, truyền nhiều dịch, kích thích các ô cảm thụ nhiệt của ống sống do thuốc tê lạnh. Ngoài ra một số yếu tố được cho là có ảnh hưởng đến run của sản phụ như là yếu tố hormone, ảnh hưởng của đáp ứng điều hòa thân nhiệt trong chuyển dạ. Run thường gặp trong chuyển dạ và có thể xuất hiện sau gây tê ngoài màng cứng. trong nghiên cứu này, tỷ lệ run ở nhóm D 20% cao hơn nhóm P 14,3%.

Đau đầu

Đau đầu có thể xuất hiện do màng cứng bị rách sau gây tê chọc thủng cứng với kim gây tê. Thường nhức đầu vùng trán và chẩm, cơn đau thường lan xuống cổ và có thể gây cứng cổ. Một số sản phụ đau đầu nhẹ thì có thể vận động cổ bình thường được. Tỷ lệ BN

đau đầu ở nhóm D 5,7% cao hơn nhóm P 2,9%. Đây là một tỷ lệ tương đối cao so với các nghiên cứu trước. Nghiên cứu tổng quan của Zhaosheng Jin năm 2021 cho thấy nhức đầu và chóng mặt là những tác dụng phụ phổ biến nhất [1]. Nghiên cứu của Samarjit Dey năm 2022, đau đầu là biến chứng duy nhất gặp ở cả 2 nhóm palonosetron và dexamethasone kết hợp ondansetron[2].

Dị ứng

Ngoài ra, ở cả 2 nhóm còn gặp dị ứng với tỷ lệ thấp, nhóm D chiếm 5,7% cao hơn nhóm P chiếm 2,9%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Swaro S 6,7% BN nhóm D và 3,3% BN nhóm P bị dị ứng [7]. Đây là tác dụng phụ rất phổ biến của opioid thần kinh với tỷ lệ lưu hành cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Mức độ nôn - buồn nôn trong và sau mổ nhóm D nặng hơn nhóm P. Trong mổ nhóm P có 8,6% BN NBN độ 1, và 5,7% BN NBN độ 2, Nhóm D có 8,6% BN NBN độ 1 và 14,3% BN nôn - buồn nôn độ 2. Sau mổ nhóm P có 8,6% BN NBN độ 1, 5,7% BN NBN độ 2, 2,9% BN NBN độ 3, nhóm D có 17,1% BN nôn, buồn nôn độ 1 và 5,7% BN NBN độ 2, 5,7% BN NBN độ 3 và 2,9% BN NBN độ 4.

Các tác dụng không mong muốn ở nhóm D cao hơn nhóm P như run (20% ở nhóm D và 14,3% ở nhóm P), đau đầu, dị ứng (5,7% ở nhóm D và 2,9% ở nhóm P).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jin Z, Kowa C Y, Gan S et al (2021), Efficacy of palonosetron-dexamethasone combination compared to palonosetron alone for prophylaxis against postoperative nausea and vomiting, Curr Med Res Opin, 37(5), 711-718.
2. Dey S, Chanu S M, Dev P et al (2021), Antiemetic Efficacy of Palonosetron

Compared with the Combination of Ondansetron and Dexamethasone for Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting in Patients Undergoing Laparoscopic Gynaecological Surgery, Rom J Anaesth Intensive Care, 28(1), 19-24.

3. Fonseca N M, L. R. Pedrosa, N. Melo và các cộng sự. (2020), [Effect of palonosetron, ondansetron and dexamethasone in the prevention of postoperative nausea and vomiting in video cholecystectomy with total venous anesthesia with propofol-remifentanyl - randomized clinical trial], Braz J Anesthesiol, 70(5), 464-470.
4. B. Chekol, F. Zewudu, D. Eshetie và các cộng sự. (2021), Magnitude and associated factors of intraoperative nausea and vomiting among parturients who gave birth with cesarean section under spinal anesthesia at South Gondar zone Hospitals, Ethiopia, Ann Med Surg (Lond), 66, 102383.
5. A. B. Narayanappa, S. Gurulingaswamy, U. N. Prabhakaraiah và các cộng sự. (2017), Intravenous palonosetron compared with a combination of ramosetron and dexamethasone in preventing post operative nausea and vomiting in patients undergoing gynaecological surgeries under spinal anaesthesia, a randomised study, Indian J Anaesth, 61(2), 144-149.
6. Guimaraes G M N, Hbgd Silva, H. A. Ashmawi (2020), [Risk factors for post-caesarean nausea and vomiting: a prospective prognostic study], Braz J Anesthesiol, 70(5), 457-463.
7. Swaro S, Karan D, Banerjee A. (2018), Comparison of Palonosetron, Dexamethasone, and Palonosetron Plus Dexamethasone as Prophylactic Antiemetic and Antipruritic Drug in Patients Receiving Intrathecal Morphine for Lower Segment Cesarean Section, Anesth Essays Res, 12(2), 322-327.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ LIÊN MẮU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Nguyễn Quốc Đạt¹, Trần Cương¹, Đặng Hồng Quang¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu là 32 bao gồm các bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS và nẹp vít khóa đầu trên xương đùi tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 05 năm 2023. Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập số liệu. **Kết quả:** Có 100% bệnh nhân được vô cảm trong phẫu thuật bằng gây tê tùy sống; Nẹp DHS được sử dụng 40,6%, nẹp vít khóa đầu trên xương đùi được sử dụng 59,4%; Chiều dài vết mổ <10 cm chiếm 71,88%, > 10 cm chiếm 28,12%; Thời gian phẫu thuật trung bình là 74,06 ± 16,63 phút (ngắn nhất là 60 phút, dài nhất 120 phút); 100% không xảy ra tai biến trong phẫu thuật, không có biến chứng toàn thân hoặc tử vong trong phẫu thuật; Kết quả kết hợp xương trên phim chụp X quang sau phẫu thuật: nắn chỉnh tốt, trục xương thẳng, ổ gãy không di lệch đạt 15/32 bệnh nhân (46,88%), không có bệnh nhân nào kết quả nắn chỉnh xương kém; Đánh giá kết quả chung: Rất tốt chiếm 46,87%; Tốt chiếm 46,87%; Trung bình chiếm 6,26%, không có bệnh nhân nào kết quả kém. **Kết luận:** Gãy liên mấu chuyển xương đùi là kiểu gãy xương khá

phổ biến và có nhiều phương pháp điều trị. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS và nẹp vít khóa đầu trên xương đùi nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

Từ khóa: Kết quả điều trị; Gãy liên mấu chuyển xương đùi.

SUMMARY

ASSESSMENT OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF INTERTROCHANTERIC FRACTURE AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: To evaluate the outcomes of surgical treatment for intertrochanteric femur fractures at Nghe An General Friendship Hospital. **Methodology:** A prospective study involving 32 patients with intertrochanteric femur fractures treated with DHS plates and proximal femoral locking plates at Nghe An General Friendship Hospital from January 2023 to May 2023. Data were collected using patient medical records. **Results:** All patients (100%) underwent spinal anesthesia during surgery. DHS plates were used in 40.6% of cases, while proximal femoral locking plates were used in 59.4%. Incision length was <10 cm in 71.88% of cases and >10 cm in 28.12%. The average surgery duration was 74.06 ± 16.63 minutes (ranging from 60 to 120 minutes). There were no intraoperative complications, systemic complications, or fatalities. Postoperative X-ray results showed good fracture alignment, with 15/32 patients (46.88%) having satisfactory bone alignment and no poor outcomes in any patient. Overall treatment outcomes were: 46.87% very good, 46.87% good, and 6.26% fair, with no poor outcomes. **Conclusion:** Intertrochanteric femur

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

SĐT: 0945728898

Email: caoquocdat@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

fractures are common and can be treated through various methods. Surgical fixation using DHS plates and proximal femoral locking plates restores anatomical alignment and stabilizes the fracture, facilitating early rehabilitation post-surgery.

Keywords: Treatment outcomes; Intertrochanteric femur fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi là loại gãy ngoài khớp, đường gãy nằm trong vùng mấu chuyển lớn đến dưới mấu chuyển bé 5cm. Đây là loại gãy xương tương đối hay gặp, chiếm gần 55% các trường hợp gãy đầu trên xương đùi. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở những người lớn tuổi (>60 tuổi), ở phụ nữ gặp cao gấp 2-3 lần nam giới [1].

Phẫu thuật điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi nhằm phục hồi giải phẫu, tạo điều kiện cho liền xương, bệnh nhân ngồi dậy, vận động sớm và phục hồi chức năng đi lại được, tránh các biến chứng do nằm lâu. Nhiều phương pháp điều trị bằng phẫu thuật đã được áp dụng trong gãy liên mấu chuyển xương đùi để kết hợp xương bên trong với nhiều phương tiện cố định xương như nẹp DHS, nẹp khoá, đinh Ender, hoặc thay khớp... Mỗi phương pháp kết hợp xương đều được chỉ định khác nhau đối với từng loại gãy. Điều quan trọng là việc chọn lựa phương tiện cố định xương cần phải phù hợp với từng loại gãy và điều kiện tổng trạng bệnh nhân cho phép [2].

Tại khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An đã áp dụng phương pháp kết hợp xương nẹp DHS và nẹp vít khoá đầu trên xương đùi để điều trị cho bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi những năm gần đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật tại Bệnh viện

Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 05 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp gãy liên mấu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS và nẹp vít khoá đầu trên xương đùi. Bệnh án có đầy đủ thông tin đáp ứng mục tiêu nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Gãy xương bệnh lý, gãy hở. Bệnh nhân xếp loại ASA5, ASA6. Gãy xương kèm tổn thương phối hợp nặng: Sốc, đa chấn thương...

* Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:

+ Loại nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu.

+ Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy LMCXD được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 - 05/2023 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn. Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu là 32 bệnh nhân.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Số liệu thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu.

* Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 7.0 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Xử lý và phân tích số liệu bằng thống kê mô tả, lập được bảng phân bố tần số và tỷ lệ phần trăm các biến số.

* Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An cho phép. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Số liệu, thông tin thu thập được

chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu là cơ sở đưa ra các khuyến nghị có tính khả thi nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

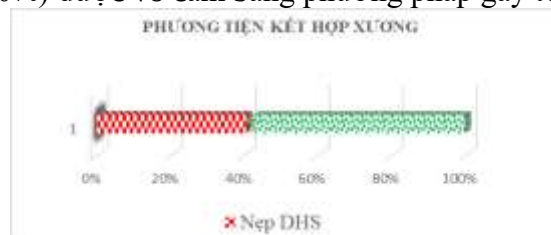
Bảng 1. Tỷ lệ gãy liên mấu chuyển xương đùi theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 60	3	9,4
60 – 69	8	25
70 – 79	10	31,3
≥ 80	11	34,3

Qua biểu đồ 1 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 bệnh nhân, trong đó có 21 nữ giới (65,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (34,4%). Tỷ lệ nam/nữ $\approx 1/1,9$.

Phương pháp vô cảm

32/32 bệnh nhân (100%) được vô cảm bằng phương pháp gây tê tủy sống.



Biểu đồ 2. Phương tiện kết hợp xương

Phương tiện kết hợp xương DHS được sử dụng ở 13/32 bệnh nhân; còn lại Nẹp vít khóa đầu trên xương đùi sử dụng trên 19 bệnh nhân, chiếm 59,4%.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT	n	%
60 – 90 phút	30	93,8
>90 phút	2	6,2
Tổng	32	100

Thời gian phẫu thuật chủ yếu trong khoảng từ 60 đến 90 phút chiếm 30/32 trường hợp (93,8%).

Tai biến trong phẫu thuật

32/32 BN, chiếm 100% không xảy ra tai biến trong quá trình phẫu thuật

Bảng 3. Chiều dài vết mổ

Chiều dài vết mổ	n	%
<10 cm	23	71,9
10 – 20 cm	5	15,6
>20 cm	4	12,5
Tổng	32	100

Tổng cộng	32	100

Kết quả cho thấy ở nhóm tuổi ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%) với 11/32 bệnh nhân, và có tỷ lệ thấp nhất ở nhóm tuổi <60 tuổi (9,4%). Tuổi trung bình là: $74,41 \pm 11,96$.



Biểu đồ 1. Phân bố gãy liên mấu chuyển xương đùi theo giới tính

Chiều dài vết mổ từ <10 cm trên 23 bệnh nhân chiếm 71,9%, còn lại trên 10 cm chiếm 28,1%.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Tại chỗ: Không có bệnh nhân nào chảy máu vết mổ

Toàn thân: Tất cả 32 bệnh nhân đều không có biến chứng toàn thân trong thời gian nằm viện. Không có trường hợp nào bị viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét do tỳ đè. Các bệnh nhân có bệnh kết hợp được điều trị duy trì ổn định.

Bảng 4. Kết quả kết hợp xương trên phim chụp Xquang sau phẫu thuật

Kết quả nắn chỉnh	n	%
Tốt	15	46,88
Trung bình	17	53,12
Kém	0	0
Tổng	32	100

Kết quả kết hợp xương, chỉnh trục được đánh giá dựa vào phim chụp X quang khớp háng hai bên và 1/3 trên xương đùi 2 tư thế thẳng nghiêng sau phẫu thuật. Nắn chỉnh tốt, trục xương thẳng, ổ gãy không di lệch đạt 15/32 bệnh nhân (46,88%). Không có bệnh nhân nào kết quả nắn chỉnh xương kém.

Bảng 5. Kết quả chung

Kết quả chung	n	%
Rất tốt	15	46,87
Tốt	15	46,87
Trung bình	2	6,26
Kém	0	0
Cộng	32	100

Kết quả rất tốt có 15 bệnh nhân, tốt có 15 bệnh nhân (46,87%), 2/32 bệnh nhân đạt kết quả trung bình (6,26%), không có BN kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi của bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là $74,41 \pm 11,96$ tuổi, người cao tuổi nhất là 92, người ít tuổi nhất là 44, độ tuổi ≥ 80 có 11/32 BN chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thùy và cộng sự tại bệnh viện đa khoa Nông nghiệp (2022) tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu $71,65 \pm 12$ [3], nghiên cứu của tác giả My Duy Tiến và cộng sự tại bệnh viện Quân Y 175 (2023) tuổi trung bình của

đối tượng nghiên cứu $74,9 \pm 15$ [4]. Mặc dù độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thùy và thấp hơn nghiên cứu của tác giả My Duy Tiến, nhưng đều có điểm chung là chỉ định phẫu thuật điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi chiếm tỉ lệ lớn và cũng có thể nói gãy liên mấu chuyển xương đùi tương đối hay gặp ở người lớn tuổi.

Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân nam gãy liên mấu chuyển xương đùi thấp hơn bệnh nhân nữ (có 11 bệnh nhân nam và 21 bệnh nhân nữ). Trong hầu hết các nghiên cứu khác, tỉ lệ bệnh nhân nữ gãy liên mấu chuyển xương đùi cao hơn bệnh nhân nam như nghiên cứu

của Nguyễn Văn Ngẫu (2017) [5] với 55 bệnh nhân, có 22 BN nam, 33 BN nữ; Phí Mạnh Công (2009) [6] nghiên cứu 92 BN, trong đó có 29 nam, 63 nữ. Tỷ lệ gãy liên mấu chuyển xương đùi xảy ra ở nữ nhiều hơn nam do có liên quan đến tình trạng loãng xương, điều kiện sinh hoạt, mức sống. Bên cạnh mối liên quan với tuổi thọ, tuổi càng cao thì số gãy liên mấu chuyển xương đùi càng tăng, tỷ lệ gãy xương giữa nam và nữ cũng thay đổi theo.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật KHX gãy LMC xương đùi

Phương pháp vô cảm

Các tác giả trong nước hiện nay cũng chủ yếu áp dụng gây tê tủy sống trong phẫu thuật gãy LMC xương đùi do phương pháp này an toàn nhất, ít ảnh hưởng đến hệ tuần hoàn và hô hấp của bệnh nhân [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân cũng được vô cảm trong mổ bằng phương pháp gây tê tủy sống. Kết quả an toàn không có biến chứng do gây tê tủy sống. Tuy nhiên, điểm cần được chú ý là ở người cao tuổi cột sống thường bị thoái hóa và biến dạng nặng, các bác sĩ gây mê cần phải có kinh nghiệm, thận trọng để thực hiện phương pháp này an toàn và hiệu quả nhất.

Loại phương tiện kết hợp xương

Phương tiện kết hợp xương gần như không có sự khác biệt giữa 2 loại phương tiện. Sự chênh lệch là do phương tiện kết xương nẹp vít khóa được dùng ở 19 BN (59,4%) được sử dụng nhiều hơn DHS là 13 BN (40,6%). Nẹp DHS đã được chứng minh đạt hiệu quả tốt đối với những trường hợp gãy LMC xương đùi được phân loại A1 và A2 theo A.O; trong khi đó nẹp vít khóa đầu trên xương đùi lại thể hiện ưu điểm vượt trội đối với những trường hợp gãy LMC xương đùi nhiều mảnh rời, gãy không vững phân loại A3 theo A.O [8].

Thời gian phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, thời gian cuộc mổ trung bình là $74,06 \pm 16,63$ phút (ngắn nhất là 60 phút, dài nhất 120 phút). Trên thực tế, thời gian cuộc mổ dài hay ngắn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kỹ năng của phẫu thuật viên, phương tiện về trang thiết bị, điều kiện phòng mổ v.v... Thời gian cuộc mổ gián tiếp giúp cho những bệnh nhân có nguy cơ cao trong phẫu thuật (ASA III, IV) hạn chế được các biến chứng do phẫu thuật kéo dài gây ra. Thời gian phẫu thuật được tính từ khi bắt đầu rạch da đến khi khâu xong vết mổ. Trong nhóm nghiên cứu có 30 BN chiếm 93,8% được phẫu thuật trong thời gian từ 60 - 90 phút, 2/32 BN phẫu thuật trên 90 phút.

Thời gian phẫu thuật từ 60 - 90 phút. Đây là một kết quả mà các PTV cũng như Bác sĩ gây mê hồi sức muốn hướng tới. Để có thời gian mổ như vậy một phần là do gãy LMC độ A1, A2 là các gãy vững, được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu trên bàn chỉnh hình trước mổ, nên trong quá trình phẫu thuật thuận lợi. Ngoài ra thời gian phẫu thuật ngắn làm hạn chế mất máu và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn. Ở đây chúng ta sử dụng màn tăng sáng và màn chỉnh hình nên ổ gãy được nắn chỉnh trước khi mở phần mềm và kiểm tra trực tiếp dưới màn tăng sáng và do đó ít can thiệp phần mềm. Sau khi kết hợp xương xong, không mất quá nhiều thời gian để cầm máu sau mổ, cắt lọc, khâu phục hồi cân cơ nên thời gian mổ ngắn đi nhiều.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Thành thời gian phẫu thuật trung bình là 91,9 phút [9].

Tai biến trong phẫu thuật

Trong quá trình phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều không xảy ra tai biến hay biến chứng như tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh. Để đạt được kết quả này là do sự chuẩn bị kỹ càng nắm tình trạng gãy xương của bệnh nhân trước mổ, chuyên môn phẫu thuật của các phẫu thuật viên chuyên nghiệp.

Chiều dài vết mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài vết mổ <10 cm chiếm 23/32 bệnh nhân (71,9%), còn lại trên 10 cm chiếm 28,1%. Chiều dài vết mổ trung bình là $10,94 \pm 5,55$ cm. Tác giả Nguyễn Văn Ngẫu nghiên cứu trên 55 bệnh nhân đường mổ trung bình là 5,4 cm [5].

Nhờ tác dụng của bàn chỉnh hình, hai đầu gãy đã được nắn chỉnh về đúng vị trí, tạo thuận lợi cho quá trình phẫu thuật bộc lộ đúng vị trí ổ gãy, đưa dụng cụ kết xương đúng vị trí, chiều dài đường mổ từ đó được tối ưu giảm về kích thước. Đối với các trường hợp đường mổ lớn hơn 10cm là do các trường hợp này gãy có nhiều mảnh rời, gãy không vững, bộc lộ rộng để thuận tiện đưa các mảnh rời về đúng vị trí giải phẫu giúp kết hợp xương vững chắc.

Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng toàn thân: Trong số 32 bệnh nhân nghiên cứu, không có bệnh nhân nào có biến chứng như viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỳ đè, không có trường hợp nào tử vong trong mổ...Việc xác định các bệnh nhân có nguy cơ cao để có kế hoạch điều trị dự phòng là chiến lược thích hợp để giảm thiểu, ngăn chặn tác động của các biến chứng có thể xảy ra đối với các bệnh nhân gãy LMC xương đùi.

Kết quả kết hợp xương trên phim chụp Xquang sau phẫu thuật

Kết quả kết hợp xương, chỉnh trục được đánh giá dựa vào phim chụp X quang khớp háng hai bên và 1/3 trên xương đùi 2 tư thế thẳng nghiêng sau phẫu thuật: Nắn chỉnh tốt, trục xương thẳng, ổ gãy không di lệch đạt 15/32 bệnh nhân (46,88%); Nắn chỉnh trung bình, trục xương thẳng, ổ gãy còn di lệch ít đạt 17/32 BN (53,12%); Không có BN nào kết quả nắn chỉnh xương kém.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngẫu (2017) nghiên cứu 55 bệnh nhân ghi nhận kết quả tốt là 94,5%, trung bình là 5.5% [5]; Nguyễn Huy Thành (2018) áp dụng kỹ thuật mổ mổ dùng

màn tăng sáng không thường xuyên trong tất cả các trường hợp ghi nhận phục hồi giải phẫu kết quả tốt chỉ đạt 63,89% [9].

Dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng sẽ không có trường hợp nào tai biến trật vít cổ chỏm, làm giảm góc cổ thân mức độ nhiều hay đặt vít cổ lệch ngoài chỏm xương đùi, trục xương thẳng, ổ gãy cố được kết hợp lại đến mức tối đa. Màn tăng sáng còn giúp xác định độ dài vít cổ chỏm tối đa qua đó làm gia tăng kích thước đường hầm của vít nằm trong xương giúp tăng độ vững của phương tiện KHX giúp bệnh nhân vận động sớm.

Đánh giá kết quả gần

Quá trình nghiên cứu 32 bệnh nhân, chúng tôi đưa ra kết quả như sau: Rất tốt: 15 bệnh nhân chiếm 46,87%; Tốt: 15 bệnh nhân chiếm 46,87%; Trung bình: 2 bệnh nhân chiếm 6,26%; Không có bệnh nhân nào kết quả kém. Theo tác giả Phí Mạnh Công (2009) [6] có kết quả rất tốt và tốt: 89,13%, trung bình 6,52%, kém: 4,35%; Nguyễn Văn Ngẫu (2017) [5] kết quả rất tốt 17/36 BN (47,2%), tốt: 7/36 (19,4%), trung bình: 9/36 (25,0%), kém: 3/36 (8,3%). Dựa vào kết quả trên chúng ta thấy kết quả sớm điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy LMC xương đùi tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An đã đạt được hiệu quả cao. Thành công này là kết quả của quá trình đồng bộ phương tiện máy móc hiện đại, chuyên môn cao của đội ngũ y, bác sỹ trong tiếp cận bệnh nhân ban đầu, xử trí, chẩn đoán và điều trị phẫu thuật, chăm sóc sau mổ. Hai phương pháp phẫu thuật sử dụng nẹp DHS và nẹp vít khóa đầu trên xương đùi không có sự khác biệt trong quá trình phẫu thuật kết hợp xương, cho những kết quả khả quan, phù hợp cho điều trị gãy LMC, cố định vững ổ gãy và không có tai biến, biến chứng sau mổ. Kết quả trên giúp bệnh nhân sớm phục hồi sau mổ, sớm ra viện trở về cuộc sống sinh hoạt hằng ngày, giảm chi phí điều trị và vững tin vào chuyên môn

của y, bác sỹ, chất lượng chăm sóc điều trị của bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Gãy liên mấu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An cho kết quả tốt, đáng khích lệ. Đây là phương pháp điều trị cố định vững chắc ổ gãy, cho phép bệnh nhân vận động và tập phục hồi chức năng sớm. Thuận lợi cho bệnh nhân trở lại cuộc sống hàng ngày, làm giảm tỷ lệ các biến chứng gặp phải, từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (2004). Gãy liên mấu chuyển xương đùi. Nhà xuất bản Y học, tr.390.
2. Hernefalk B, Rydberg EM, Ekelund J, Rogmark C, Möller M, Hailer NP, et al. (2023) Inter-departmental variation in surgical treatment of proximal femoral fractures: A nationwide observational cohort study. PLoS ONE 18(2): e0281592.
3. Nguyễn Xuân Thùy và cộng sự (2022). Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại bệnh viện đa khoa nông nghiệp. Tạp chí Y học Việt Nam - tập 518 - số 1 - 9/2022, tr.251.
4. My Duy Tiến, Ngô Quốc Hoàn, Trịnh Anh Tuấn, Lê Tuấn Dũng, Trần Quang Khanh, Nguyễn Đình Hoàng (2023). Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh Gama tại bệnh viện Quân Y 175. Tạp chí Y Dược thực hành 175 - số 33 - 3/2023.
5. Nguyễn Văn Ngẫu (2017). Nghiên cứu gãy kín vùng mấu chuyển bằng nẹp DHS. Tạp chí nghiên cứu khoa học, 73(2), tr. 64-73.
6. Phí Mạnh Công (2009). Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh Pôn và Bệnh viện 198, Luận văn Thạc sĩ y học.
7. Ngô Văn Toàn, Trần Trung Dũng và Nguyễn Hữu Nam (2013), Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu khoa học, 84(4), tr. 69-75.
8. Nguyễn Năng Giỏi (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu. Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam 15(4), tr. 144-148.
9. Nguyễn Huy Thành (2018), Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Đại học Hà Nội. Luận văn thạc sỹ Y học.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH KHỐI UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG

Lương Ngọc Cương¹, Nguyễn Anh Tuấn²,
Bùi Thị Quỳnh Nhung³, Lương Bùi Diệu Linh³

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm tổn thương về mặt đại thể và vi thể của khối ung thư đại tràng phải sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) điều trị ung thư đại tràng phải, thời gian từ 5/2018 đến 03/2020 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Bệnh phẩm là khối u được xác định vị trí, đặc điểm tổn thương về mặt đại thể và vi thể. **Kết quả:** Tổng số có 45 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME). Về vị trí: u ở đại tràng góc gan chiếm tỉ lệ cao nhất (46,67%), sau đó là u ở đại tràng lên (35,56%). Hình thái đại thể gặp nhiều nhất là thể sùi (57,78%), thể loét (28,89%). Loại tổn thương vi thể gặp nhiều nhất là ung thư biểu mô tuyến (86,66%), trong đó chủ yếu gặp ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (73,33%). **Kết luận:** Vị trí chủ yếu khối u là đại tràng góc gan (46,67%); đại thể chủ yếu là u thể sùi (57,78%); vi thể phần lớn Ung thư biểu mô tuyến (86,66%), trong đó mức độ biệt hóa vừa chiếm 73,33%.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, ung thư biểu mô tuyến

SUMMARY

PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RIGHT COLON CANCER IN PATIENTS LAPAROSCOPY RIGHT COLECTOMY

Objective: To evaluate the macroscopic and microscopic characteristics of right colon cancer following laparoscopic right colectomy with complete mesocolic excision (CME). **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on patients who underwent laparoscopic right colectomy with CME for right colon cancer from May 2018 to March 2020 at the 108 Military Central Hospital. Specimens were examined for tumor location and macroscopic and microscopic characteristics. **Results:** A total of 45 patients underwent laparoscopic right colectomy with CME. The most common tumor location was the hepatic flexure (46.67%), followed by the ascending colon (35.56%). The most frequent macroscopic form was the exophytic type (57.78%), followed by the ulcerative type (28.89%). The predominant microscopic finding was adenocarcinoma (86.66%), with moderately differentiated adenocarcinoma accounting for 73.33%. **Conclusion:** The majority of tumors were located at the hepatic flexure (46.67%) and presented macroscopically as exophytic lesions (57.78%). Microscopically, most were adenocarcinomas (86.66%), with 73.33% being moderately differentiated.

Keywords: Colon cancer, complete mesocolic excision, adenocarcinoma

¹Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện trung ương quân đội 108

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Ngọc Cương
SĐT: 0983507965

Email: luongngoccuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ung thư thường gặp trên toàn thế giới, đứng hàng thứ 4 sau ung thư phổi, ung thư vú và ung thư tiền liệt tuyến. Bệnh gây nên bởi sự phát triển bất thường của các tế bào có khả năng xâm lấn hoặc lan rộng ra các bộ phận khác của cơ thể; tỉ lệ tử vong do ung thư đại tràng đứng hàng thứ 5 sau ung thư phổi, ung thư gan, ung thư vú và ung thư dạ dày¹.

Ung thư đại tràng (UTĐT) có biểu hiện lâm sàng kín đáo, nên khi phát hiện bệnh thường đã ở giai đoạn muộn. Tại Việt Nam, các biện pháp sàng lọc phát hiện sớm UTĐT chưa được áp dụng rộng rãi, việc chẩn đoán xác định bệnh chủ yếu dựa vào nội soi, sinh thiết làm giải phẫu bệnh; chẩn đoán giai đoạn bệnh dựa vào CT.Scan và các biện pháp thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác. Với UTĐT giai đoạn tại chỗ, giai đoạn sớm, điều trị phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, hóa trị có vai trò hỗ trợ sau phẫu thuật.

Năm 2009, Hohenberger đề xuất kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (Complete mesocolic excision - CME) trong phẫu thuật điều trị UTĐT. Điểm cốt lõi của kỹ thuật CME là cắt bỏ hoàn toàn một khối gồm toàn bộ mạc treo đại tràng cùng phần đại tràng mang khối u, kết hợp cắt bỏ mạch nuôi tận gốc và vét hạch triệt để. Các báo cáo về CME trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải đã cho thấy kỹ thuật này vét được nhiều hạch hơn, góp phần mang lại kết quả khả quan hơn về mặt ung thư học so với các kỹ thuật cắt đại tràng trước đó²⁻⁴.

Việc xác định vị trí, hình thái tổn thương về đại thể và vi thể của ung thư đại tràng phải sau phẫu thuật giúp cho việc tiên lượng và điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm tổn thương về mặt đại thể và vi thể của UTĐT phải sau phẫu thuật nội cắt đại tràng phải với cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: 45 bệnh nhân ung thư nguyên phát đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5/2018 đến 3/2020. Tất cả các trường hợp này đều được nội soi sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học trước mổ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân chẩn đoán ung thư đại tràng phải bằng giải phẫu bệnh được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME). Bệnh phẩm là khối u sau khi được cắt bỏ được phẫu tích đánh giá về hình thái tổn thương, hình ảnh đại thể và vi thể tại khoa giải phẫu bệnh của bệnh viện.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư đại tràng giai đoạn cT4b, cM1 (theo AJCC 2017). Ung thư đại tràng phải tái phát. Ung thư đại tràng phải được mổ cấp cứu do có biến chứng áp xe, chảy máu, tắc hoặc thủng ruột.

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu, thiết kế cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.

- Vị trí khối u: Đánh giá trong quá trình phẫu thuật. Đánh giá đặc điểm khối u trong mổ: Vị trí, mức độ xâm lấn, khả năng di động.

- Kiểm tra bệnh phẩm sau mổ:

+ Rửa sạch bệnh phẩm

+ Đo kích thước bệnh phẩm: chiều dài hồi tràng, chiều dài đại tràng.

+ Mổ dọc đại tràng và hồi tràng, đường mổ tránh khối u; xác định vị trí và tính chất đại thể của khối u.

+ Đo chiều dài từ mép khối u đến các diện cắt, đo kích thước khối u theo chiều ngang và chiều dọc.

- Biến số (chỉ số) nghiên cứu:

+ Xác định các diện cắt có tế bào ung thư hay không. Khoảng cách từ mép khối u (Đơn vị đo là cm).

+ Kích thước của khối u: Đo theo đường kính dọc sau khi đã mở đoạn ruột chứa khối u. Đơn vị đo là cm.

+ Hình thái đại thể của khối u: u thể sùi, thể loét, thể loét sùi hay thể thâm nhiễm.

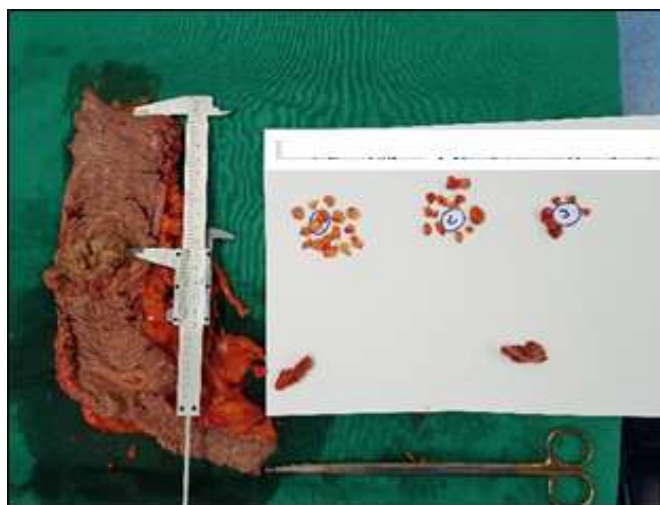
+ Loại vi thể của khối u: Ung thư biểu mô tuyến, nhầy, sarcom...

+ Mức độ xâm lấn: phân độ theo pTNM (AJCC 2017): chia thành các mức độ T1, T2, T3, T4.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 22.0; kiểm định Mann - Whitney U và Kruskal Wallis sử dụng với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện trung ương quân đội 108.



Hình 1. Ảnh bệnh phẩm trong nghiên cứu

*Nguồn: BN Lê Thị T., số bệnh án 2004.3414 (mổ 14/02/2020)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi và giới tính

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	%
	n	%	n	%		
≤ 40	2	4,44	1	2,22	3	6,66
41 - 50	5	11,11	0	0,00	5	11,11
51 - 60	7	15,56	1	2,22	8	17,78
61 - 70	8	17,78	4	8,88	12	26,67
>70	12	26,67	5	11,11	17	37,78
Tổng	34	75,56	11	24,44	45	100
Tuổi trung bình	63,62 ± 12,31					

Nhận xét: Tuổi trung bình: 63,62 ± 12,31 tuổi, tuổi thấp nhất 39, tuổi cao nhất 86. Nhóm tuổi > 60 chiếm tỷ lệ lớn nhất (64,45%). Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng lớn.

3.2. Vị trí khối u

Bảng 2. Vị trí khối u đánh giá trong mổ

Vị trí khối u	n	%
Manh tràng	6	13,33
Đại tràng lên	16	35,56
Đại tràng góc gan	21	46,67
1/3 bên phải đại tràng ngang	2	4,44
Tổng	45	100

Nhận xét: Vị trí khối u tại đại tràng góc gan chiếm 46,67% và đại tràng lên 35,56%; khối u tại 1/3 bên phải của đại tràng ngang chiếm tỉ lệ ít nhất (4,44%).

3.3. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Diện cắt: Tất cả 45 bệnh nhân đều cho kết quả các diện cắt không còn tế bào ung thư, đạt tiêu chuẩn phẫu thuật R0. Không có trường hợp nào có khoảng cách từ diện cắt đến mép khối u < 5 cm.

Bảng 3. Phân bố kích thước và độ xâm lấn của khối u qua kết quả giải phẫu bệnh

Giai đoạn	< 5 cm		≥ 5 cm		Tổng	%
	n	%	n	%		
T2	3	6,67	2	4,44	5	11,11
T3	14	31,12	4	8,88	18	40,00
T4a	10	22,22	12	26,67	22	48,89
Tổng	27	60	18	40,	45	100

Chi-square = 2,876, p = 0,369

Nhận xét: Nhóm khối u có kích thước < 5 cm chiếm tỉ lệ lớn nhất với 60%; U giai đoạn T4a chiếm tỉ lệ lớn nhất với 48,89% số ca; Không có sự khác biệt về mức độ xâm lấn giữa nhóm u có kích thước < 5 cm và nhóm còn lại.

Bảng 4. Hình ảnh đại thể của khối u qua kết quả giải phẫu bệnh

Hình ảnh đại thể	n	%
Thể sùi	26	57,78
Thể loét	13	28,89
Thể loét sùi	5	11,11
Thể thâm nhiễm	1	2,22
Tổng	45	100

U thể sùi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (57,78%), u thể thâm nhiễm chiếm tỷ lệ ít nhất (2,22%).

Bảng 5. Loại vi thể của khối u qua kết quả giải phẫu bệnh

Loại vi thể		n	%
UTBM tuyến	Độ biệt hóa	39	86,66
	Biệt hóa cao	1	2,22
	Biệt hóa vừa	33	73,33
	Biệt hóa thấp	5	11,11
UTBM nhầy		6	13,34
Tổng		45	100

Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ lớn nhất với 86,66% số ca, trong đó Ung thư biểu mô tuyến có độ biệt hóa vừa chiếm đa số (73,33%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác như: X.-J. Yi và cộng sự (2019) tuổi trung mắc bệnh trung bình bình 63,1tuổi², Ngô Văn Công và cộng sự (2024) tuổi mắc bệnh trung bình $65,42 \pm 13,73$ tuổi⁵; thấp hơn so với nghiên cứu của M. Degiuli (2023) và cộng sự 73 ± 15 tuổi⁴. Điều này cho thấy tuổi mắc bệnh tại Châu á trong đó có Việt nam ngày càng trẻ hóa. Nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy, tần suất xuất hiện bệnh UTĐT nói chung và UTĐT phải nói riêng gia tăng theo tuổi, đặc biệt là sau độ tuổi 50^{2,6}. Tỉ lệ mắc UTĐT ở hai giới là khác nhau, đa số các tác giả ghi nhận nam mắc ung thư đại tràng nhiều hơn nữ⁴⁻⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai vị trí gặp nhiều nhất là đại tràng lên (35,56%) và đại tràng góc gan (46,67%). U manh tràng chiếm tỉ lệ 13,33% trong khi u 1/3 bên phải đại tràng ngang gặp ít nhất (4,44%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Đặng Ngọc Hùng và cộng sự (2019) u đại tràng lên (48,0%), đại tràng góc gan (8,0%), manh tràng (36,0%), 1/3 bên phải đại tràng ngang (8,0%)⁷; Ngô Văn Công và cộng sự (2024) u đại tràng lên (60,0%), đại tràng góc gan (24,4%), manh tràng (4,4%), 1/3 bên phải đại tràng ngang (11,1%)⁵; S. R. Benz và

cộng sự (2022) u đại tràng lên (51,6%), đại tràng góc gan (7,86%), manh tràng (40,12%), 1/3 bên phải đại tràng ngang (0,40%)⁶.

Về kích thước khối u, nghiên cứu của chúng tôi có 27 ca có kích thước u < 5 cm (60%), 18 ca có kích thước u ≥ 5 cm (40%). Theo Vũ Hoàng Hà và cộng sự (2024), Kích thước trung bình của khối u là $5,3 \pm 1,96$ cm, nhỏ nhất 1cm, lớn nhất 10cm. Khối u có kích thước trong khoảng 5-10cm chiếm 65%, còn lại 35% u nhỏ hơn 5cm [8]. Điều này cho thấy kích thước u lớn chỉ có chống chỉ định tương đối cho phẫu thuật nội soi. Sự xâm lấn của ung thư ra khoang sau phúc mạc, thành bụng và các tạng kế cận cũng là chống chỉ định tương đối vì các nguyên tắc điều trị ung thư trong trường hợp này vẫn có thể thực hiện được bằng phẫu thuật nội soi, nếu các phẫu thuật viên được huấn luyện tốt. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đường mổ bụng để lấy bệnh phẩm không quá 5 cm.

Về hình ảnh đại thể khối u, nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều trường hợp u thể sùi (57,78%), u thể loét chiếm tỉ lệ ít hơn với 28,89%. Ghi nhận về dạng đại thể thì khác nhau giữa các tác giả. Tỉ lệ về các hình ảnh đại thể trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả trong nước như Ngô Văn Công và cộng sự (2024), hình ảnh đại thể thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 84,4 %⁵.

Về loại vi thể, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ có nhất với 86,66%. Kết quả đánh giá về độ biệt hóa tế bào ung thư biểu mô tuyến theo mức độ từ cao đến kém là: biệt hóa cao:

1/39 (2,57%); biệt hóa vừa: 33/39 (84,61%); biệt hóa kém: 5/39 (12,82%). Đa số các tác giả đều cho rằng ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa gặp nhiều nhất^{2,4,5,8}. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết luận này.

Để đánh giá chính xác hiệu quả của phẫu thuật CME trong điều trị UTĐT phải, cần có thêm các báo cáo nghiên cứu về hình ảnh vi thể hạch, đánh giá mức độ di căn hạch và kết quả sớm sau điều trị của kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng trong điều kiện thực tế tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm giải phẫu bệnh khối u đại tràng phải vị trí phần lớn ở đại tràng góc gan (46,67%). Nhóm khối u có kích thước < 5 cm chiếm tỉ lệ lớn nhất với 6%. Về hình ảnh đại thể của khối u, chủ yếu là u thể sùi (57,78%). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ nhiều nhất (86,66%), trong đó mức độ biệt hóa vừa chiếm 73,33%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory** (2022), Cancer fact sheets, Cancer Colon, 1-3.
2. **X.-J. Yi et al** (2019), Feasibility and efficacy of laparoscopic radical right hemicolectomy with complete mesocolic excision using an ‘artery-first’ approach. *Gastroenterol Rep (Oxf)*, 199-204.
3. **G. De Lange, J. Davies, C. Toso, G. Meurette, F. Ris, and J. Meyer** (2023), “Complete mesocolic excision for right hemicolectomy: an updated systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*, 979-993.
4. **M. Degiuli et al** (2024), A Randomized Phase III Trial of Complete Mesocolic Excision Compared with Conventional Surgery for Right Colon Cancer: Interim Analysis of a Nationwide Multicenter Study of the Italian Society of Surgical Oncology Colorectal Cancer Network (CoME-in trial). *Ann Surg Oncol*, 1671-1680.
5. **Ngô Văn Công và cộng sự** (2024), Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải điều trị ung thư biểu mô tại Bệnh viện E giai đoạn 2019-2023. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 1-5 02.
6. **S. R. Benz et al** (2022), Complete mesocolic excision for right colonic cancer: prospective multicentre study. *Br J Surg*, 98-105.
7. **Đặng Ngọc Hùng và cộng sự** (2019), Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư theo phương pháp cắt bỏ hoàn toàn mạc treo đại tràng (CME) tại Bệnh viện trung ương Huế. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng*, 55, 140- 146.
8. **Vũ Hoàng Hà và cộng sự** (2024), Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng phải và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng* 108, 2, 119- 123.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Văn Thông¹, Lê Anh Xuân¹, Trần Đạt Bảo Thành¹,
Nguyễn Huy Toàn¹, Phạm Minh Tuấn¹,
Trần Xuân Công¹, Trần Hồng Quân¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân (BN) chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) được điều trị bằng PTNS cắt gan, trong khoảng thời gian từ 9/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Chúng tôi đã phẫu thuật cho 36 BN HCC, trong đó có 24 (66.7%) nam, 12 (33.3%) nữ; tuổi trung bình 55.1 ± 11.5 , thấp nhất 33 tuổi, cao nhất 75 tuổi. 30BN (83.3%) có viêm gan virus B hay C. 100%BN có chức năng gan Child Pugh A (5-7 điểm). 8 BN (22.2%) cắt gan lớn, 28 BN (77.8%) cắt gan nhỏ. Tai biến trong mổ gặp 1 BN tổn thương đường mật khi bóc lộ cuống Glisson, 1 BN rách tĩnh mạch gan trái. Biến chứng sau mổ gặp 2 BN (5.6%) (rò mật, tràn dịch màng phổi). **Kết luận:** PTNS cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, có thể thực hiện đối với nhiều hình thái cắt gan khác nhau, từ đơn giản đến phức tạp, với tỷ lệ tai biến và biến chứng trong giới hạn có thể chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, phẫu thuật nội soi cắt gan.

SUMMARY

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thông
SĐT: 0969939468
Email: tranthong3010@gmail.com
Ngày nhận bài: 29/8/2024
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024
Ngày duyệt bài: 02/10/2024

LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATMENT AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial outcomes of laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma (HCC) at Nghe An General Friendship Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 36 patients diagnosed with hepatocellular carcinoma, who underwent laparoscopic liver resection between September 2020 and December 2023. **Results:** Surgery was performed on 36 HCC patients, including 24 males (66.7%) and 12 females (33.3%), with an average age of 55.1 ± 11.5 years (range: 33-75 years). Of these, 30 patients (83.3%) had hepatitis B or C. All patients had Child-Pugh A liver function (scores of 5-7). Major liver resection was performed in 8 patients (22.2%) and minor liver resection in 28 patients (77.8%). Intraoperative complications included one case of bile duct injury during Glisson pedicle dissection and one case of left hepatic vein laceration. Postoperative complications were observed in two patients (5.6%)—one with bile leakage and one with pleural effusion. **Conclusion:** Laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma is a safe and effective procedure, applicable to various types of liver resections, ranging from simple to complex cases, with an acceptable rate of complications.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, laparoscopic liver resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt gan là phương pháp điều trị triệt để nhất đối với bệnh lý các khối u ở gan như:

UTBMTBG, ung thư đường mật trong gan, các khối u gan lành tính,... Trước kia, phẫu thuật cắt gan sử dụng phương pháp mổ mở, trong đó tiên phong là các tác giả: Tôn Thất Tùng với phương pháp cắt gan có kiểm soát các cuống mạch trong gan, Lotart Jacob với phương pháp cắt gan kiểm soát các cuống mạch ngoài gan. Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật nội soi được áp dụng ngày càng nhiều trong ngoại khoa. Một số trung tâm phẫu thuật trên thế giới đã thực hiện cắt gan nội soi mà người đầu tiên là Gagner năm 1991 đã thực hiện cắt gan hạ phân thùy VI.¹ Sau đó phẫu thuật cắt gan nội soi được thực hiện tại Mỹ, Pháp, Châu Á (Nhật Bản, Đài Loan, Trung Quốc, ...) nhờ những ưu việt của nó so với mổ mở: giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ, người bệnh nhanh chóng trở về hoạt động bình thường.^{1,2} Cho đến nay người ta đã thực hiện được hầu hết các phẫu thuật cắt gan nội soi: Cắt hạ phân thùy, cắt phân thùy, cắt gan phải, trái. Tại Việt Nam, cho đến năm 2004, PTNS cắt gan mới được áp dụng để điều trị cho những bệnh nhân bị u gan. Kể từ đó, PTNS trong cắt gan đã có nhiều bước phát triển mới, hoàn thiện và thành thạo về mặt kỹ thuật, mở rộng hơn về chỉ định. Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An bắt đầu triển khai PTNS cắt gan từ năm 2020. Nhằm tổng kết lại và có những đánh giá bước đầu và kết quả triển khai phẫu thuật, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: xác định các thông số về mặt kỹ thuật phẫu

thuật, quá trình điều trị hậu phẫu, tỷ lệ tai biến và biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại 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: BN được chẩn đoán là UTBMTBG theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế. Có chỉ định phẫu thuật cắt gan và thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn cho PTNS cắt gan như: - Chức năng gan Child A; - số lượng tiểu cầu $>100.000/mm^3$; - Thể tích gan dự kiến bảo tồn $\geq 40\%$ thể tích gan chuẩn; - khối u đơn độc; - vị trí khối u không nằm sát các cấu trúc dự kiến bảo tồn (cuống gan, TM gan, TM chủ); - tình trạng sức khỏe BN ECOG mức độ từ 0 đến 2. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp PTNS chẩn đoán, thăm dò, sau đó chuyển mổ mở để cắt gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: thuận tiện. Bao gồm tất cả BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Từ tháng 09/2020 đến 6/2024.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 9/2020 đến 6/2024, chúng tôi đã tiến hành PTNS cắt gan cho 36BN được chẩn đoán HCC bao gồm 24 (66.7%) nam, 12 (33.3%) nữ; tuổi trung bình 55.1 ± 11.5 , thấp nhất 33 tuổi, cao nhất 75 tuổi. 30 (83.3%) BN có viêm gan virus, trong đó 27BN viêm gan B (75%) và 3 BN viêm gan C (8.3%), không ghi nhận BN nào nhiễm đồng thời cả viêm gan B và C. 100%BN có chức năng gan Child Pugh A (5-7 điểm).

Bảng 1. Hình thái cắt gan

Hình thái 1	Hình thái 2	Hình thái 3	n	%
Cắt gan nhỏ	1 HPT	HPT VI	1	2.8
	2 HPT	Thùy trái	14	38.9

Cắt gan lớn		HPT V + VI	5	13.9
		PT sau	6	16.6
		PT trước	2	5.6
	3 HPT	Gan trái	6	16.6
		Gan trung tâm	1	2.8
	4 HPT	Gan phải	1	2.8
Tổng			36	100

Chủ yếu là PTNS cắt gan nhỏ, chiếm 77.8%.

Bảng 2. Tai biến trong mổ

Tai biến	n	%
Tổng thương đường mật khi bộc lộ cuống	1	2.8
Rách TM gan trái	1	2.8
Tổng	2	5.6

1 BN tổn thương ống gan phải khi bộc lộ cuống Glisson phân thùy sau. Xử trí khâu phục hồi thành đường mật, đặt và lưu ống dẫn lưu OMC qua ống cổ túi mật. 1 BN PTNS cắt gan phải, khi di động gan thùy trái làm rách thành bên TM gan trái, được cầm máu bằng khâu phục hồi nội soi chỉ Prolene 4/0.

Bảng 3. Đặc điểm quá trình hậu phẫu

Thông số	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Thời gian trung tiện (ngày)	1.7 $\pm$ 0.7	1 - 3
VAS (điểm)	6.6 $\pm$ 0.9	5 - 8
Thời gian dùng kháng sinh (ngày)	3.2 $\pm$ 1.8	1 - 7
Cho ăn sau mổ (ngày)	24h đầu	
Thời gian rút dẫn lưu bụng (ngày)	2.9 $\pm$ 2.0	1 - 14

BN có thời gian rút dẫn lưu lâu nhất là 14 ngày. Đây là trường hợp BN bị rò mật sau mổ, lưu ống dẫn lưu và theo dõi thấy lượng dịch mật chảy ra ít dần.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Suy gan sau mổ	0	-
Chảy máu	0	-
Rò mật + tràn dịch màng phổi	1	2.8
Tràn dịch màng phổi	1	2.8
Tổng	2	5.6

Có 1 BN rò mật sau mổ, lượng dịch mật chảy qua ống dẫn lưu <200ml/ ngày, điều trị nội khoa, thời gian rút ống DL bụng sau 14 ngày. Có 2 BN biểu hiện tràn dịch màng phổi phải lượng vừa, tuy nhiên không có biểu hiện khó thở trên lâm sàng, được điều trị nội khoa, theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các loại hình PTNS cắt gan

PTNS Cắt thùy gan trái

PTNS cắt thùy trái gan thường là phẫu thuật đầu tay của đa số phẫu thuật viên khi bắt đầu thực hiện PTNS cắt gan. Kỹ thuật tương đối không phức tạp, không cần phẫu tích cuống gan, nhu mô gan ở diện cắt tương

đổi mỏng. Chúng tôi có thể có hoặc không kẹp cuống gan toàn bộ trong quá trình cắt nhu mô. Các cuống Glisson HPT 2 và 3 được cắt cùng một lúc bằng stapler. Tĩnh mạch gan trái cũng có thể được cắt bằng stapler hay cắt bằng kéo sau khi kẹp Hem O lok. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PTNS cắt gan thùy trái chiếm tỷ lệ cao nhất 14 BN (38.9%). Ngay cả với khối u to, xơ gan nặng, BN béo phì, phẫu thuật vẫn có thể thực hiện dễ dàng và có phần thuận lợi hơn cả mổ mở. Tại hội nghị đồng thuận PTNS cắt gan thế giới lần thứ nhất, các tác giả cũng thống nhất về những giá trị của PTNS cắt thùy trái gan. Kỹ thuật này được khuyến cáo là phương pháp điều trị tiêu chuẩn và nên sử dụng thường qui cho bệnh nhân khi cần phải cắt gan.³

PTNS cắt 1 HPT gan ở ngoại vi

Chúng tôi chủ yếu thực hiện cắt gan HPT 6 (2.8%). Loại phẫu thuật này không quá phức tạp, có thể thực hiện an toàn hiệu quả. Tại hội nghị đồng thuận về PTNS cắt gan trên thế giới, hầu hết các tác giả đều nhận định khối u nằm ở các HPT ngoại vi của gan là tổn thương thích hợp cho PTNS cắt gan.³

PTNS cắt phân thùy gan

Đối với những khối u gan nằm trọn trong 1 phân thùy gan, hoặc các khối u ở HPT 7 hay 8, nếu chức năng gan không quá kém, cho phép thực hiện cắt gan lớn hơn, chúng tôi có khuynh hướng thực hiện cắt gan phân thùy trước (thay vì HPT 8 đơn thuần) hay cắt gan phân thùy sau (thay vì cắt gan HPT 7 đơn thuần). Chúng tôi ưu tiên chỉ định cắt gan mức độ phân thùy cho những trường hợp này vì cuống Glisson dễ phẫu tích và kiểm soát hơn, diện cắt phẳng- đơn giản, cho phép cắt bỏ rộng nhu mô theo ranh giới giải phẫu nên tuân thủ tốt hơn nguyên tắc điều trị UTTBG. Đây cũng chính là lý do nghiên cứu của chúng tôi có đến 6 BN (16.6%) cắt gan phân thùy sau và 2 BN (5.6%) cắt gan phân

thùy trước theo giải phẫu. Tác tác giả nước ngoài như: Cho và Han đều khuyến cáo nên cắt trọn phân thùy gan theo ranh giới giải phẫu cho các khối u ở vùng sau trên, nằm sâu dưới bề mặt gan hơn 3 cm.^{4, 5}

PTNS cắt gan lớn

Cắt gan lớn là phẫu thuật cắt bỏ ít nhất 3 HPT gan. Một trong những lo lắng, cân nhắc trước PTNS cắt gan lớn là vấn đề phẫu tích cuống gan, khả năng di động thao tác đối với phần gan lớn, kiểm soát cầm máu trên diện cắt nhu mô rộng.

Trong nghiên cứu chúng tôi có 8 TH cắt gan lớn, bao gồm: 1 TH (2.8%) cắt gan phải, 6 TH (16.6%) cắt gan trái, 1 TH (2.8%) cắt gan trung tâm (HPT 4, 5, 8). Trong quá trình thực hiện, chúng tôi ứng dụng kỹ thuật phẫu tích tiếp cận cuống gan ngoài bao Glisson. Các cuống Glisson của gan phải hay trái có thể được phẫu tích bộc lộ rõ ở vùng rốn gan. Kẹp tạm các cuống này cho phép nhận định vùng nhu mô gan tương ứng qua hình ảnh thiếu máu và xác định mặt phẳng phẫu thuật giữa gan phải và trái. Nhu mô gan được cắt theo mặt phẳng giải phẫu, tách đôi gan phải và trái từ mặt trước đến mặt sau, đến mặt trước tĩnh mạch chủ. Sau khi kiểm tra đảm bảo phần gan để lại an toàn - không thiếu máu, các cuống gan được kẹp và cắt bằng stapler. Sau đó, tĩnh mạch gan phải hay trái được bộc lộ và cắt đôi.

Một tổng kết trên toàn thế giới, từ 18 trung tâm thực hiện PTNS cắt gan, từ năm 1996 đến 2014, có tất cả 5388 TH PTNS cắt gan được thực hiện. Trong số liệu này, có 1184 TH cắt gan lớn (cắt gan trái chiếm 51,1%, cắt gan phải chiếm 43,1%...). Tỷ lệ cần chuyển mổ mở là 10%. Thời gian mổ trung bình 291 phút, máu mất trung bình 327 ml. Diện cắt sạch tế bào ung thư chiếm tỷ lệ 96,5%.⁶

Khi thực hiện PTNS cắt gan lớn, dù cách tiếp cận và kỹ thuật khác nhau, nhưng hầu hết các tác giả trên thế giới có cùng nhận định như chúng tôi: với tiêu chuẩn chọn bệnh phù hợp, được phẫu thuật viên nội soi chuyên khoa gan mật thực hiện, PTNS cắt gan lớn có thể thực hiện được an toàn và hiệu quả và mang nhiều lợi ích của phẫu thuật ít xâm hại.⁶

4.2. Mức độ an toàn của PTNS cắt gan

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 BN xuất hiện biến chứng sau mổ, chiếm tỷ lệ 5.6%. Các biến chứng gồm có: rò mật + tràn dịch màng phổi (2.8%), tràn dịch màng phổi đơn thuần (2.8%), không có biến chứng chảy máu, suy gan hay tử vong.

Tác giả Chung tổng kết 466 trường hợp PTNS cắt gan điều trị UTTBG các trung tâm PTNS trên thế giới từ 2005 đến 2010 với tỷ lệ cắt gan lớn 9%, tình trạng xơ gan gặp ở 62% bệnh nhân. Biến chứng gồm có: rò mật (1%), chảy máu (2,9%), suy gan (5,1%), bàng bụng (6%).⁷

4.3. Diễn biến hậu phẫu của PTNS cắt gan

Vết mổ nhỏ của PTNS trên thành bụng giúp BN ít đau hơn sau mổ. Trong nghiên cứu này, điểm VAS trung bình của bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm 24h sau mổ là 6.6 điểm. BN có trung tiện sau mổ 1.7 ngày (sớm nhất 1 ngày, chậm nhất 3 ngày). Ống dẫn lưu được rút khá sớm sau mổ 2.9 ngày (sớm nhất 1 ngày, kéo dài nhất 14 ngày), cho ăn uống trở lại bằng đường miệng trong 24 giờ đầu sau mổ.

Khi thực hiện các nghiên cứu so sánh bắt cặp (Matched-pair comparative Study) giữa PTNS và mổ mở cắt gan, tác giả Kim cũng ghi nhận bệnh nhân sau PTNS cắt gan ít biến chứng, ít đau sau mổ và thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm mổ mở.⁸

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, có thể thực hiện đối với nhiều hình thái cắt gan khác nhau, từ đơn giản đến phức tạp (22.2% cắt gan lớn, 77.8% cắt gan nhỏ), với tỷ lệ tai biến (5.6%) và biến chứng (5.6%) trong giới hạn có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Untereiner X, Cagniet A, Memeo R, et al** (2019). Laparoscopic Hepatectomy Versus Open Hepatectomy for the Management of Hepatocellular Carcinoma: A Comparative Study Using a Propensity Score Matching. *World J Surg.* 43(2):615-625. doi:10.1007/s00268-018-4827-z
2. **Fu B, Zhang JR, Han PS, Zhang YM** (2022). Comparison of survival and post-operation outcomes for minimally invasive versus open hepatectomy in hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis of case-matched studies. *Front Oncol.* 12:1021804. doi:10.3389/fonc.2022.1021804
3. **Kluger M. D., Cherqui D.** (2013), "Laparoscopic resection of hepatocellular carcinoma". *Recent Results Cancer Res*, 190, pp.111- 126.
4. **Cho J. Y., Han H. S., Yoon Y. S., Shin S. H.** (2008), "Experiences of laparoscopic liver resection including lesions in the posterosuperior segments of the liver". *Surg Endosc*, 22(11), pp.2344-2349.
5. **Han H.-S., Yoon Y.-S., Cho J. Y., Hwang D. W.** (2013), "Laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma: Korean experiences". *Liver cancer*, 2(1), pp.25.
6. **Dagher I., Gayet B., Tzanis D., Tranchart H., Fuks D., Soubrane O., Han H. S., Kim K. H., Cherqui D., O'Rourke N.** (2014), "International experience for laparoscopic major liver resection". *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 21(10), pp.732-736.
7. **Chung C. D., Lau L. L., Ko K. L., Wong A. C., Wong S., Chan A. C., Poon R. T., Lo C. M., Fan S. T.** (2010), "Laparoscopic

- liver resection for hepatocellular carcinoma". Asian Journal of Surgery, 33(4), pp.168-172.
8. Kim S. J., Jung H. K., Lee D. S., Yun S. S., Kim H. J. (2014), "The comparison of

oncologic and clinical outcomes of laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma". Annals of surgical treatment and research, 86(2), pp.61-67.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN: CHỈ ĐỊNH VÀ KỸ THUẬT

Nguyễn Huy Toàn¹, Lê Anh Xuân¹, Phạm Minh Tuấn¹,
Nguyễn Văn Hương¹, Cù Nam Thắng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các nghiên cứu về phẫu thuật cắt lách nội soi (PTNSCL) vẫn chưa được thực hiện nhiều ở các cơ sở ngoại khoa, đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh. Xuất phát từ thực tế nghiên cứu và điều trị tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An mong muốn góp phần nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật nhằm đưa lại kết quả tốt về cắt lách nội soi phù hợp với hoàn cảnh và điều kiện cơ sở y tế hiện nay. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 22 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt lách tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân 16 nam (72,7%) và 6 nữ (27,3%); độ tuổi trung bình $37,54 \pm 12,25$ (18 - 66 tuổi). Kích thước lách trung bình $12,31 \pm 3,06$ (7-20,2); chỉ định cắt lách: U lách 09(40,9%), nang lách 06(27,3%), bệnh máu 03(13,6%). Tỷ lệ phẫu thuật thành công 20(90,9%) trong đó cắt lách toàn bộ 19(86,4%), cắt lách kèm lách phụ 1(4,5%); kiểm soát động mạch lách trước rốn lách 13(65%).

Tai biến chung trong mổ 3(13,6%); biến chứng rò tụy 1(4,5%), thuyên tắc tĩnh mạch lách 1(3,2%). Kết quả sau mổ tốt 18(90%); trung bình 2(10%) xấu. **Kết luận:** Chỉ định cắt lách nội soi điều trị các bệnh lý về cơ quan tạo máu, bệnh lý nội tạng của lách là phương pháp an toàn, tỷ lệ thành công cao. Phẫu thuật thường có kết quả sau mổ tốt góp phần hiệu quả trong điều trị các bệnh về máu và cơ quan tạo máu.

Từ khóa: Cắt lách nội soi, Phẫu thuật cắt lách, Kỹ thuật cắt lách.

SUMMARY LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY AT THE NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL: INDICATIONS AND TECHNIQUES

Introduction: Studies on laparoscopic splenectomy (LS) are still limited in surgical facilities, particularly in provincial hospitals. Based on the research and treatment practice at Nghe An General Friendship Hospital, this study aims to contribute to the development of indications and techniques to achieve optimal outcomes for laparoscopic splenectomy, appropriate to the current circumstances and healthcare conditions.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 22 patients who underwent laparoscopic splenectomy at Nghe An General Friendship Hospital from January 2020 to June 2023. **Results:** The study included 22 patients, 16 males (72.7%) and 6 females (27.3%), with an

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn
SĐT: 0946254777
Email: drhuytoan@yahoo.com
Ngày nhận bài: 29/8/2024
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024
Ngày duyệt bài: 02/10/2024

average age of 37.54 ± 12.25 years (range: 18-66 years). The average spleen size was 12.31 ± 3.06 cm (range: 7-20.2 cm). Indications for splenectomy were splenic tumors (9 cases, 40.9%), splenic cysts (6 cases, 27.3%), and hematological disorders (3 cases, 13.6%). The success rate of surgery was 90.9%, with total splenectomy performed in 19 cases (86.4%) and splenectomy with accessory spleen removal in 1 case (4.5%). Splenic artery control before the splenic hilum was achieved in 13 cases (65%). Intraoperative complications occurred in 3 cases (13.6%), including pancreatic fistula (1 case, 4.5%) and splenic vein thrombosis (1 case, 3.2%). Postoperative outcomes were good in 18 cases (90%) and moderate in 2 cases (10%), with no poor outcomes reported. **Conclusion:** Laparoscopic splenectomy is a safe and highly successful procedure for treating hematologic disorders and intrinsic splenic diseases. It typically results in favorable postoperative outcomes and is an effective treatment option for blood-related and splenic disorders.

Keywords: laparoscopic splenectomy, splenectomy surgery, splenectomy techniques.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ cuối những năm 80, các kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã được sử dụng rộng rãi cho nhiều ca phẫu thuật trong phẫu thuật tổng quát. Do đó, cắt lách nội soi từ năm 1991 khi được Delaitre và Maignien mô tả lần đầu tiên đã được chấp nhận rộng rãi là một kỹ thuật an toàn và khả thi cho hầu hết các trường hợp cắt lách [1]. Chỉ định thường gặp nhất của PTNSCL là các bệnh lý về máu và hệ thống tạo máu, bao gồm các bệnh lý của tiểu cầu như xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, giảm tiểu cầu tự miễn trong đó chủ yếu là xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, chiếm từ 40-70% trong nhiều nghiên cứu. Chỉ định thường gặp tiếp theo là các bệnh lý thiếu máu huyết tán, hồng cầu hình cầu, một số bệnh lý khác có chỉ định PTNSCL ít gặp hơn như cường lách, hội chứng Evans, hội chứng Felty, nang lách, u lách, nhồi máu lách, áp xe lách [2],... Ở Việt Nam, một số

bệnh viện lớn đã thực hiện được kỹ thuật này như bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Bình Dân... Tuy vậy, các nghiên cứu về PTNSCL vẫn chưa được thực hiện nhiều ở các cơ sở ngoại khoa, đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh. Xuất phát từ thực tế nghiên cứu và điều trị tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An mong muốn góp phần nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật nhằm đưa lại kết quả tốt về cắt lách nội soi phù hợp với hoàn cảnh và điều kiện cơ sở y tế hiện nay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 22 bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách nội soi tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chỉ định cắt lách.
- + Bệnh lý về máu: Xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh lý huyết sắc tố, thiếu hụt enzym...
- + Bệnh u lách: u lympho, u nang...
- + Áp xe lách.

Bệnh nhân được lựa chọn để thực hiện phẫu thuật nội soi cắt lách dựa trên các tiêu chí:

- + Kích thước lách thăm khám trên lâm sàng không to quá độ II (lách to vượt quá bờ sườn ≤ 4 cm) và dọc lách trên siêu âm ≤ 22 cm.
- + Bệnh nhân không có bệnh lý nội khoa kèm theo nặng nề ($ASA \leq III$), không có rối loạn đông máu.
- + Bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật lớn ở tạng trên ổ bụng, chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh.

Các bước phẫu thuật

Quá trình phẫu thuật được tiến hành trong 5 bước: Tư thế bệnh nhân đầu cao chân thấp nghiêng phải 40-45 độ.

Bước 1: Đặt Trocar

Trocar đầu tiên 10 mm vào vị trí dưới rốn hoặc lệch trái trên đường trung đòn trái (tùy vào kích thước lách)

- Trocar thứ 2: 5mm, đặt vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức lệch sang trái.

- Trocar thứ 3: 10 mm, đặt dưới bờ sườn trái khoảng giữa bờ sườn và mào chậu, trên đường nách trước.

- Trocar thứ 4: nếu cần, 5mm, đặt ra sau nhất, bờ trước xương sườn thứ 11. Bước 2: Thăm dò ổ bụng: tìm lách phụ, đánh giá tình trạng tổn thương lách và các cơ quan khác, tình trạng hạch và dịch ổ bụng.

Bước 3: Giải phóng dây chằng quanh lách

Giải phóng đại tràng góc lách, dây chằng quanh lách, dây chằng lách thận, Cắt dây chằng hoành lách, dây chằng vị lách. Những nhánh của mạch vị ngấn được tách riêng và kẹp bằng hem-o-lok, nhánh nhỏ có thể đốt điện. Dây chằng vị lách ở sát phình vị thường rất ngắn, cần phẫu tích riêng, tỷ mỉ và hạn chế đốt điện ảnh hưởng tới phình vị dạ dày.

Bước 4: Kiểm soát cuống lách

Tìm động mạch lách ở bờ trên tụy xa rốn lách, kẹp bằng hem-o-lok động mạch trước. Phẫu tích tìm kẹp riêng tĩnh mạch lách sau.

Bước 5: Lấy bệnh phẩm, đóng bụng, dẫn lưu

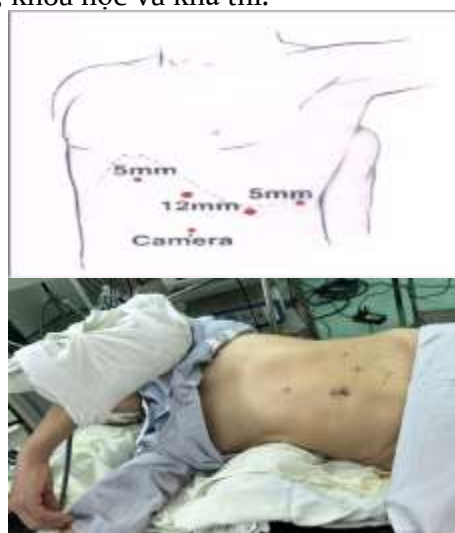
Chỉ tiêu nghiên cứu: Chỉ số BMI, ASA; phân độ lách lớn, kích thước lách trên siêu âm; các chỉ định cắt lách; phương pháp phẫu thuật; phương pháp kiểm soát cuống và đường lấy bệnh phẩm; Tai biến trong mổ và chuyển mổ mở; Biến chứng

sau phẫu thuật, thời gian hậu phẫu; kết quả phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học Bệnh viện HNĐK Nghệ An thông qua nhằm đảm bảo tính đạo đức, khoa học và khả thi.



Hình 1. Vị trí trocar và tư thế

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2023 tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, chúng tôi có 22 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt lách trong đó Có 22 bệnh nhân 16 nam (72,7%) và 6 nữ (27,3%); độ tuổi trung bình 37,54 ±12,25 (thấp nhất là 18, cao nhất là 66 tuổi).

Chỉ số khối cơ thể và ASA

Bảng 1. Chỉ số BMI và ASA

BMI		n	%
$\bar{X} \pm SD$: 20,46 ±1,5 Min: 17, Max: 22,8	Gầy	1	4,5
	Bình thường	21	95,5
	Tổng	22	100
ASA	n		%
Độ I	8		36,4
Độ II	13		59,1
Độ III	1		4,5
Tổng	22		100

Phân độ lách to và kích thước lách trên siêu âm**Bảng 2. Phân độ lách to và kích thước lách**

Phân độ lách to	n	%
Bình thường	7	31,8
Độ 1	10	45,5
Độ 2	5	22,7
Tổng	22	100
Kích thước lách SA	n	%
$7\text{cm} \leq \text{SA} < 11\text{cm}$	7	32,3
$11\text{cm} \leq \text{SA} < 15\text{cm}$	10	51,6
$15\text{cm} \leq \text{SA} < 22\text{cm}$	5	16,1
Tổng	22	100
Kích thước lách trung bình $\bar{X} \pm \text{SD}$ Range(cm)	$12,31 \pm 3,06$ (7-20,2)	

Tổn thương lách trên cận lâm sàng**Bảng 3. Chỉ định cắt lách**

Chỉ định	n	%
Bệnh máu	3	13,6
Nang lách	6	27,3
U lách	9	40,9
Áp xe lách	4	18,2
Tổng	22	100

Phương pháp phẫu thuật**Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	NS hoàn toàn		Chuyển mở	
	n	%	n	%
Cắt lách toàn bộ	19	86,4	2	9,1
Cắt lách toàn bộ kèm lách phụ	1	4,5	0	0
Tổng	20	90,9	2	9,1
Số lượng trocar	NS hoàn toàn		Chuyển mở	
	n	%	n	%
3 lỗ	2	9,1	0	0
4 lỗ	17	77,3	0	0
5 lỗ	1	4,5	2	9,1
Tổng	20	93,6	2	9,1

Phương pháp kiểm soát cuống và đường lấy bệnh phẩm**Bảng 5. Phương pháp kiểm soát cuống và đường lấy bệnh phẩm**

Phương pháp kiểm soát cuống lách	n	%
Kiểm soát Động mạch lách trước rốn lách	13	65
Kiểm soát Động mạch lách tại rốn lách	7	34
Tổng	20	100
Đường lấy bệnh phẩm	n	%
Đường trocar rốn kéo dài	14	70
Đường Pfannenstiel	6	30
Tổng	20	100

Tai biến trong mổ và lý do chuyển mổ mở**Bảng 6. Tai biến trong mổ và chuyển mổ mở**

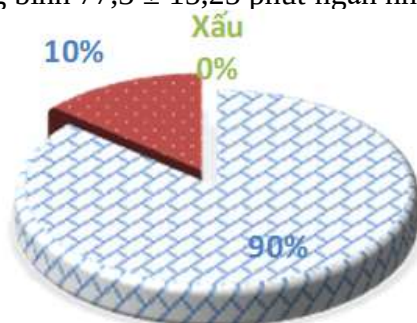
Tai biến trong mổ	n	%
Rách bao lách	2	9,1
Tổn thương mạch rốn lách	1	4,5
Nguyên nhân chuyển mổ mở	n	%
Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch lách	1	4,5
Viêm dính vào đại tràng, rốn lách	1	4,5

Biến chứng sau phẫu thuật**Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật, thời gian hậu phẫu**

Biến chứng sau mổ	n	%	Xử trí
Huyết khối tĩnh mạch lách	1	4,5	Thay băng
Rò tụy	1	4,5	Nội khoa
Viêm phổi	1	4,5	Nội khoa
Tử vong	0	0	-
Ngày	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	Min	Max
Thời gian hậu phẫu	$6,8 \pm 2,39$	4	15

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình $77,3 \pm 15,25$ phút ngắn nhất 50 phút dài nhất 125 phút.

**Biểu đồ 1. Kết quả phẫu thuật****IV. BÀN LUẬN**

Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 06/2023, chúng tôi phẫu thuật nội soi cắt lách cho 22 bệnh nhân, tỷ lệ mổ nội soi thành công là 90,9%. BMI trung bình của các bệnh nhân là 20,46, trong đó nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 22,8, không có bệnh nhân nào thừa cân - béo phì. Các bệnh nhân béo phì, hoặc rối loạn phân bố mỡ ở các trường hợp dùng corticoid lâu ngày ở những bệnh nhân có bệnh máu luôn gây trở ngại cho phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật cắt lách với các lý do

như thành bụng dày, mỡ mạc nối trong ổ bụng nhiều, và đặc điểm giải phẫu nằm sâu trong ổ bụng của lách. Những trường hợp này thì mổ nội soi thường có ưu thế hơn so với mổ mở: trong mổ phẫu thuật nội soi kết hợp với tư thế thích hợp giúp có phẫu trường rộng hơn, sau mổ giảm được các nguy cơ về nhiễm trùng do vết mổ nhỏ hơn.

4.1. Chỉ định cắt lách

Bệnh lý về máu lành tính: Trong nghiên cứu có 3 trường hợp bệnh máu được chỉ định cắt lách, đó là 2 trường hợp tan máu –

thalassemia và 1 trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu. Corticoids được giới thiệu từ năm 1950 để điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn, cho đến nay vẫn được sử dụng là thuốc đầu tay trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu nguyên phát [3]. Tuy nhiên, chỉ 20 - 40% đạt được sự đáp ứng ổn định. Hơn nữa, ở những bệnh nhân sử dụng corticoid kéo dài, biến chứng đái tháo đường, béo phì, xuất huyết tiêu hóa cao gấp 2 lần, cũng như nhồi máu cơ tim, loãng xương cao gấp 3 lần so với những người có cùng độ tuổi và giới tính. Vì những lý do trên mà cắt lách vẫn là sự lựa chọn ưu tiên khi điều trị nội khoa không đạt được hiệu quả lâm sàng.

U lách: Bệnh lý ác tính có nguồn gốc nguyên phát từ lách thường rất hiếm, chủ yếu là u thành mạch lympho, u mạch máu ác tính như hemangiosarcoma hay u lympho ác tính. Phần lớn u lách là do di căn như u melano ác tính hay ung thư buồng trứng [4]. Nhiều bệnh ác tính liên quan đến lách đòi hỏi cắt lách để chẩn đoán cũng như điều trị. Đối với những trường hợp bệnh lý ác tính cần cắt lách, PTNSCL nên được áp dụng. Bệnh lý ác tính thường kèm theo tuổi cao, lách to, trong một số trường hợp lách quá to có thể đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn, nhưng vẫn có thể khả thi đối với các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm. Chỉ định cắt lách trong bệnh máu ác tính như rối loạn tăng sinh tủy, bệnh tăng sinh dòng lympho như bệnh bạch cầu dòng lympho mạn tính với lách rất to, bệnh bạch cầu tế bào lông, u lympho lách với tế bào lympho có lông. Khi cắt lách nhằm chẩn đoán hay phân loại giai đoạn của bệnh, lách lấy ra cần nguyên vẹn để làm giải phẫu bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 9 bệnh nhân u lách được phẫu thuật và kết quả sau mổ có 4 trường hợp có giải phẫu bệnh kết quả ác tính, tất cả đều là u lympho. Ngày nay, chỉ định cắt lách trong bệnh máu ác tính giảm đáng kể do sự phát triển của chuyên ngành huyết học, chẩn đoán hình ảnh và ung

thư. Tuy vậy, trong một số trường hợp nhất định, cắt lách có thể được áp dụng để ngăn sự gia tăng của tế bào hạt và giảm triệu chứng của lách to gây ra như căng bụng, cảm giác đầy tức chán ăn hay dễ chẩn đoán giai đoạn trong trường hợp bệnh lách ác tính, mặc dù trường hợp bệnh lách ác tính có thể chẩn đoán bằng các phương tiện khác.

U nang lách, áp xe lách: Ngày nay, việc sử dụng các nghiên cứu hình ảnh đang phát triển và cùng với sự cải thiện của các công cụ chẩn đoán như siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính, đã góp phần làm tăng tỷ lệ mắc u nang lách mà trước đây vẫn chưa được chẩn đoán. U nang lách có thể được phân loại thành ba loại lớn; u nang nhiễm trùng (áp xe hoặc nang nang sán), u nang không ký sinh trùng (bẩm sinh hoặc sau chấn thương) hoặc u nang ác tính. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 6 (27,3%) nang lách và 4 (18,2%) áp xe lách.

4.2. Kỹ thuật cắt lách

Nghiên cứu của chúng tôi có 20 trường hợp mổ nội soi hoàn toàn, trong đó có 1 trường hợp cắt kèm lách phụ. Tư thế bệnh nhân được áp dụng 100% các trường trong nghiên cứu này là tư thế nghiêng phải 40-45°, có gối đệm vùng dưới sườn phải cao lên. Sự kết hợp tư thế nằm nghiêng và kê gối làm tăng khoảng cách bờ sườn và mào chậu, đẩy lách ra nông hơn, tạo ra một trường mổ rộng thuận lợi cho việc tiếp cận, phẫu thuật và xử trí thương tổn. Tư thế này giúp bộc lộ rõ lách rõ ràng vì dạ dày và đại tràng bị kéo ra bởi trọng lực [5]. Đường tiếp cận phụ thuộc vào kỹ thuật viên, kích thước lách, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân và tình trạng bệnh phối hợp.

Trong 20 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi thành công, có 2 trường hợp (chiếm 9,1%) dùng 3 trocar khi mổ, 17 trường hợp (chiếm 77,3%) dùng 4 trocar khi mổ, 1 trường hợp (chiếm 4,5%) dùng 5 trocar khi mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [6], tác giả sử dụng 4 trocar cho 8 TH, 10 TH còn lại là 3 trocar. Trocar đầu tiên được đặt bằng

phương pháp mở của Hasson, vị trí đặt trocar này ở ngay trên rốn, đường trắng giữa. Trocar thứ 2: 5mm, đặt vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức lệch sang trái, trocar thứ 3: 10 mm, đặt dưới bờ sườn trái khoảng giữa bờ sườn và mào chậu, trên đường nách trước. Trocar thứ 4, đặt ở đầu trước xương sườn thứ 11. Đây là trocar được đặt muộn nhất, được dùng để luồn dưới cuống lách, nâng lên khi phẫu tích vào rốn lách hoặc để hút rửa phẫu trường và cho lách vào túi lấy ra. Tuy xu thế chung hiện nay là giảm thiểu tối đa sang chấn cho bệnh nhân cũng như nhu cầu thẩm mỹ, nhưng chúng tôi không quan niệm số trocar ít hay nhiều phản ánh trình độ phẫu thuật viên mà hiệu quả công việc phải đặt lên hàng đầu, phẫu thuật phải thuận lợi và an toàn. Chúng tôi thường chọn vị trí trocar thứ 4 trùng với vị trí định dẫn lưu ổ lách. Đối với những trường hợp lách to, vị trí chọc trocar cũng có thể thay đổi linh hoạt vì kích thước lách to có thể làm xoay và che lấp hệ mạch máu ở rốn lách cũng như làm giảm khoảng không phẫu tích. Chúng tôi đặt trocar đầu tiên thường ở dưới cực dưới lách khoảng 4cm, theo chúng tôi đây là vị trí tối ưu, nếu đặt thấp hơn quan sát cuống lách sẽ rất khó khăn, nếu đặt cao hơn thì lại bị hạn chế phẫu trường do lách to.

Trong phẫu thuật cắt lách nội soi, xử lý cuống lách là thì khó khăn nhất, việc phẫu tích đòi hỏi phải cẩn thận tỷ mỉ. Chảy máu trong thì này là nguyên nhân thường gặp nhất phải chuyển mổ mở, có một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phải chuyển mổ mở vì lý do này.

Về mặt kỹ thuật, chúng tôi thực hiện 2 cách kiểm soát cuống lách.

Kẹp mạch lách tại rốn lách - đi trực tiếp vào cuống lách: Được thực hiện 7 trường hợp, trong đó tất cả các trường hợp đều tách riêng động mạch và tĩnh mạch lách. Phương án này được áp dụng cho các trường hợp lách có kích thước bình thường và to vừa. Cụ thể,

sau khi đã giải phóng toàn bộ dây chằng quanh lách, chúng tôi tiến hành phẫu tích và kiểm soát mạch lách tại rốn lách. Thời gian mổ của phương án này nhanh hơn.

Kẹp động mạch lách trước rốn lách: Đối với lách có kích thước lớn hơn (được đánh giá trước mổ qua siêu âm, cắt lớp vi tính và quan sát trong mổ), sau khi giải phóng dây chằng quanh lách, chúng tôi tiến hành bóc tách động mạch lách trước khi động mạch đi vào rốn lách. Phương án này thực hiện ở 13 (65,5%). Một TH phải chuyển mổ mở do tổn thương tĩnh mạch lách. Thời gian mổ lâu hơn nhưng có vẻ hạn chế được lượng máu mất. Chúng tôi thấy rằng việc tách động mạch từ phía trước, ngay ở bờ trên tuy không quá khó khăn, lách có kích thước lớn thì động mạch thường lớn và dễ nhận biết. Đối với các trường hợp lách có kích thước lớn, kiểm soát động mạch lách từ phía trước, ở bờ trên tuy có nhiều lợi ích.

Kiểm soát động mạch từ phía sau (sau khi cắt dây chằng lách – thận, tác giả kẹp động – tĩnh mạch lách ngay) cũng được nhắc đến bởi các tác giả như Bai Ji [7]. Đường vào từ phía sau phù hợp cho những bệnh nhân béo vì việc cắt dây chằng vị-lách trở nên khó khăn hơn ở những người béo. Cắt dây chằng lách-thận đại tràng sau đó là dây chằng lách-thận có ít mỡ hơn qua đó bộc lộ cuống lách dễ dàng hơn. Tuy nhiên đường vào này lại kém hiệu quả hơn ở những bệnh nhân lách to do thiếu không gian thao tác.

Vì lý do kinh tế, trong nghiên cứu này chúng tôi không có trường hợp nào sử dụng Stapler. Tất cả các bệnh nhân đều sử dụng Hem-o-lok để kẹp mạch. Việc phẫu tích đều dùng dao điện đơn cực, kết hợp với dao siêu âm trong những năm gần đây. Có 2 trường hợp cần khâu tăng cường do chảy máu rỉ rả ở đuôi tụy.

Trong tất cả các trường hợp phẫu thuật, không có trường hợp nào phải truyền máu, không có trường hợp nào tử vong. Chúng tôi

gặp 2 tai biến trong mổ đó là rách bao lách và tổn thương mạch máu phải chuyển mổ mở.

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp chảy máu do rách tĩnh mạch lách trong quá trình phẫu tích. Trường hợp này tĩnh mạch lách dẫn lớn và nằm khuất sau đuôi tụy nên quá trình phẫu tích rất khó khăn, khi chảy máu đã áp dụng cầm máu tạm thời bằng kẹp clip và khâu buộc nhưng không hiệu quả, chúng tôi đã quyết định chuyển mổ mở để xử trí.

Một số tai biến trong mổ khác không ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, nhưng đã được nhiều tác giả báo cáo như thủng cơ hoành, chảy máu từ các vị trí khác, tổn thương tạng xung quanh như dạ dày, tụy,... Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và CS tại Bệnh viện Việt Đức 2006 -2007, trong số 20 bệnh nhân cắt lách nội soi (với các nguyên nhân khác nhau), có 2 trường hợp chảy máu trong mổ nhưng đều xử lý được qua nội soi. Chand và cộng sự [8] báo cáo tỷ lệ chấn thương tụy gặp 15% hay gặp là tăng amylase máu đơn độc – biến chứng nhỏ, dịch quanh tụy, áp xe tụy, dịch dẫn lưu giàu amylase, đau sau mổ không điển hình.

Có 2 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phải chuyển mổ mở: 1 trường hợp do rách tĩnh mạch lách trong quá trình phẫu tích bó mạch lách đã nêu trên và 1 trường hợp xe lách gây dính nhiều vùng rốn lách và đại tràng góc lách, kết hợp với ổ bụng hẹp do bệnh nhân có thể trạng nhỏ nên rất khó khăn khi phẫu tích bằng nội soi.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều đạt kết quả tốt hoặc trung bình, không có trường hợp nào có biến chứng, di chứng nặng nề hoặc tử vong. Trong tổng số 22 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt lách, có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở, 3 trường hợp có biến chứng sau mổ nhưng ở mức độ nhẹ và được điều trị khỏi bằng nội khoa.

Như vậy, kết quả của phẫu thuật do rất nhiều yếu tố góp phần tạo nên, trong đó phải kể đến các yếu tố gây khó khăn cho phẫu thuật: lách to, bệnh lý đòi hỏi phải cắt lách, trình độ và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Bên cạnh đó, thể trạng và sức đề kháng của bệnh nhân, điều trị, theo dõi và tiên lượng diễn biến sau mổ của nhân viên y tế cũng góp phần không nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định cắt lách nội soi điều trị các bệnh lý về cơ quan tạo máu, bệnh lý nội tại của lách là phương pháp an toàn, tỷ lệ thành công cao. Phẫu thuật thường có kết quả sau mổ tốt góp phần hiệu quả trong điều trị các bệnh về máu và cơ quan tạo máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Delaitre and B. Maignien**, “Splenectomy by the laparoscopic approach. Report of a case,” *Press. Med.*, 20(44), p. 2263, 1991.
2. **S. Bonnet, A. Guédon, J. A. Ribeil, F. Suarez, J. Tamburini, and S. Gaujoux**, “Indications and outcome of splenectomy in hematologic disease,” *J. Visc. Surg.*, 154(6), pp. 421–429, 2017, doi: 10.1016/j.jviscsurg.2017.06.011.
3. **D. Provan, D. M. Arnold, J. B. Bussell, B. H. Chong, and N. Cooper**, “Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia,” *Blood Adv.*, 3(22), pp. 3780–3817, 2019.
4. **P. J. Klinger, S. L. Smith, B. J. Abendstein, and R. A. Hinder**, “Hand-assisted laparoscopic splenectomy for isolated splenic metastasis from an ovarian carcinoma: a case report with review of the literature,” *Surg Laparosc Endosc.*, 8(1), pp. 49–54, 1998.
5. **A. Garzi et al.**, “Laparoscopic splenectomy : postero-lateral approach,” *Translational Medicine*, 20(3), pp. 9–12, 2019.

6. Nguyễn Hoàng Bắc, Huỳnh Nghĩa, Lê Quan Anh Tuấn, “Phẫu thuật nội soi cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu,” Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 7(1), pp. 56–59, 2003.
7. B. Ji, Y. Wang, P. Zhang, G. Wang, and Y. Liu, “Anterior versus posterolateral approach for total laparoscopic splenectomy: a comparative study,” Int J Med Sci, 10(3), pp. 222–229, 2013.
8. B. Chand, R. M. Walsh, J. Ponsky, and F. Brody, “Pancreatic complications following laparoscopic splenectomy,” Surg Endosc, 15(11), pp. 1273–1276, 2001.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XA DẠ DÀY NAO VẾT HẠCH D2 PHỤC HỒI LƯU THÔNG BẰNG MIỆNG NỐI DELTA SHAPED ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đình Văn Chiến¹, Nguyễn Văn Hương¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả Kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày dày nạo vết hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta-shaped trong điều trị ung thư dạ dày. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày dày nạo vết hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta-shaped trong điều trị ung thư dạ dày từ tháng 12/2022 đến 08/2024 tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Kết quả:** Có 56 bệnh nhân, tuổi trung bình $63,13 \pm 11,5$ (39 - 93) tuổi; Nam giới chiếm 73,2%. BMI $20,4 \pm 1,97$ (17,3 - 25,4) kg/m²; tình trạng sức khỏe trước mổ chiếm 89,3% là ASA1 và ASA2. Vị trí tổn thương chủ yếu là ở hang vị, môn vị dạ dày, chiếm 94,6%. Giai đoạn bệnh chủ yếu là I và II, chiếm 87,6%. 1,8% có tai biến

trong mổ; 3,6% lỗi kỹ thuật làm miệng nối và 3,6% biến chứng sau mổ, không có biến chứng rò miệng nối và tử vong trong và sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $160,1 \pm 19,2$ (130 - 220) phút; thời gian nằm viện sau mổ trung bình $6,8 \pm 1,2$ (5 - 14) ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày dày nạo vết hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta-shaped là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

Từ khóa: Kỹ thuật delta shaped, phẫu thuật nội soi dạ dày, ung thư dạ dày.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY D2 LYMPH NODE DISECTION WITH THE DELTA SHAPED ANASTOMOSIS FOR TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: This study aims to evaluate the outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection and Delta-shaped anastomosis for gastric cancer treatment. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on patients who underwent laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Đình Văn Chiến
SĐT: 0963311668
Email: chienbvna@gmail.com
Ngày nhận bài: 29/8/2024
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024
Ngày duyệt bài: 02/10/2024

node dissection and Delta-shaped anastomosis for gastric cancer from December 2022 to August 2024 at Nghe An General Friendship Hospital. **Results:** A total of 56 patients were included, with an average age of 63.13 ± 11.5 years (range: 39-93), and 73.2% were male. The average BMI was $20.4 \pm 1.97 \text{ kg/m}^2$ (range: 17.3-25.4). Preoperative health status was classified as ASA1 or ASA2 in 89.3% of cases. The majority of tumors were located in the antrum and pylorus, accounting for 94.6%. The majority of patients were in stage I or II, comprising 87.6%. Intraoperative complications occurred in 1.8% of cases, with technical errors in anastomosis observed in 3.6%, and postoperative complications occurred in 3.6% of patients. There were no anastomotic leaks or deaths during or after surgery. The average surgical time was 160.1 ± 19.2 minutes (range: 130-220), and the average postoperative hospital stay was 6.8 ± 1.2 days (range: 5-14). **Conclusion:** Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection and Delta-shaped anastomosis is a safe and effective treatment for gastric cancer.

Keywords: Delta-shaped technique, laparoscopic gastrectomy, gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và các nước châu Á như Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc... [1],[2]. Ung thư dạ dày chiếm 90 – 95% là ung thư biểu mô và điều trị là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật triệt căn tổ chức ung thư vẫn là phương pháp được lựa chọn đầu tiên hiện nay [3]. Tuy nhiên, phục hồi lưu thông tiêu hóa sau mổ sao cho sinh lý, an toàn... vẫn còn là một vấn đề khó cho các phẫu thuật viên, đến nay đã có nhiều nghiên cứu và báo cáo về các phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa sau mổ mở cắt bán phần xa dạ dày đã được các phẫu thuật viên chấp nhận, ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng nhưng ứng dụng

trong phẫu thuật nội soi vẫn đang là vấn đề khó và có nhiều ý kiến khác nhau.

Năm 1991 Kitano là người đầu tiên phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày trên thế giới [3], năm 1994 Kitano cũng là người đầu tiên thực hiện kỹ thuật nối dạ dày còn lại với mồm tá tràng theo Billroth I qua phẫu thuật nội soi hỗ trợ [2],[3] nhưng đến nay kỹ thuật nối theo Billroth I cắt bán phần xa dạ dày trong phẫu thuật nội soi (PTNS) vẫn là kỹ thuật khó, mới chỉ có một số kỹ thuật như Billroth I thông thường, Orvill... được thực hiện khâu qua PTNS hoặc hỗ trợ và đang được các phẫu thuật viên nghiên cứu.

Năm 2002, Kanaya là người đầu tiên báo cáo kỹ thuật làm miệng nối dạ dày còn lại với mồm tá tràng kiểu Delta sahped đã mở ra một hướng tiếp cận mới trong kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt bán phần xa dạ dày [4], đã được ứng dụng rộng rãi ở các nước Nhật Bản, Hàn Quốc (chiếm hơn 80%), Trung Quốc và đã có nhiều báo cáo nghiên cứu về kỹ thuật này, đồng so sánh kết quả sớm, kết quả dài hạn với các kỹ thuật như Billroth I thông thường, Orvill, Rouxen Y... các nghiên cứu cũng ghi nhận kết quả tương đồng sau cắt bán phần xa dạ dày khi theo dõi ngắn hạn cũng như dài hạn và ghi nhận kỹ thuật Delta shaped có nhiều ưu điểm hơn trong PTNS hoàn toàn, sinh lý tốt hơn, chống trào ngược dịch mật và thời gian hồi phục sức khỏe sau mổ nhanh hơn... [2],[3],[5]

Để nâng cao hiệu quả điều trị sau phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu **“Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped trong điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 56 bệnh nhân (BN) UTDD được PTNS cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped trong điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu, tất cả BN UTDD được PTNS cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped từ 12/2022 đến 08/2024.

* **Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm BN: tuổi, giới, ASA, BMI, vị trí tổn thương dạ dày.

- Kết quả phẫu thuật: lượng máu mất trong mổ, thời gian mổ, tai biến trong mổ, khoảng cách tổn thương đến diện cắt trên và kết quả giải phẫu bệnh diện cắt sau mổ.

- Kết quả sớm: Biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian rút thông dạ dày,

thời gian cho ăn sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

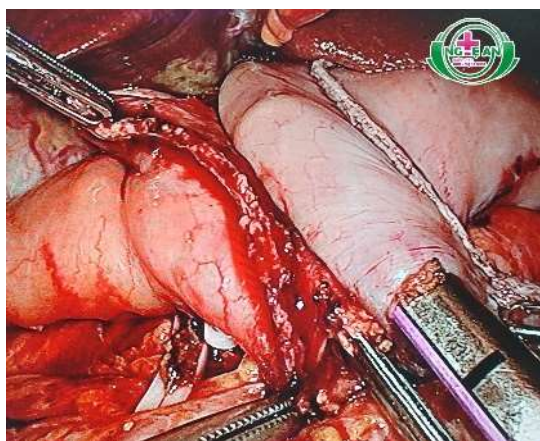
* **Kỹ thuật PTNS cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped:** BN nằm ngửa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái, sử dụng 5 trocar: 1 trocar 10mm ngay dưới rốn; 1 trocar 12mm ở mạn sườn trái ngang rốn; 3 trocar 5mm ở mạn sườn phải ngang rốn và 2 hạ sườn 2 bên, tiến hành phẫu thuật theo các bước sau: Bước 1: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày. Bước 2: Cắt mạc nối lớn, vét hạch nhóm 4sb, 4d. Bước 3: Nạo vét hạch nhóm 6, phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải, nhóm 14v (nếu đi căn nhóm 6). Bước 4: Nạo vét hạch nhóm 3, 5, 8a, 12a, thắt động mạch vị phải. Bước 5: Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt bó mạch vị trái (hình 1). Bước 6: Vét hạch nhóm 1 và phẫu tích bờ phải tâm vị thực quản – thân vị dạ dày.



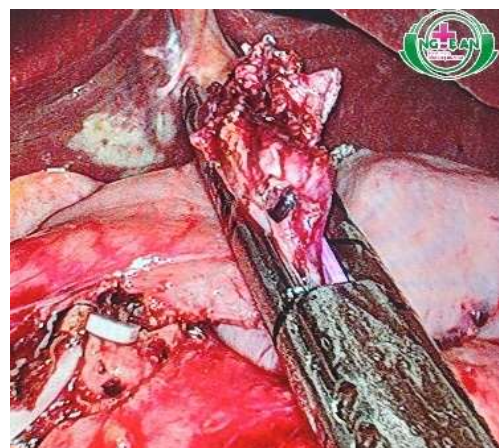
Hình 1: Nạo vét hạch nhóm 6, 7, 8, 9, 11p, 12

Bước 7: Cắt ngang dạ dày bằng liner staplers, đảm bảo đủ khoảng cách an toàn và miệng nối không căng, sinh thiết diện cắt. Mở lỗ nhỏ khoảng 1,5cm ở bờ cong lớn dạ dày sát diện cắt để đặt để đặt máy nối. Cắt ngang mồm tá tràng dưới môn vị khoảng 1cm, đảm bảo mặt sau mồm tá tràng đủ dài

khoảng $\geq 2,5$ cm. Mở lỗ nhỏ ở bờ dưới mồm tá tràng khoảng 1cm sát diện cắt để đặt để đặt máy nối. Bước 8: Dùng stapler thứ nhất luồn qua 2 lỗ mổ dạ dày và tá tràng (hình 2), nối mặt sau mồm cắt dạ dày với mặt sau mồm tá tràng (tạo thành diện cắt hình nón), kiểm tra cầm máu diện cắt nếu chảy máu.



Hình 2: Nối dạ dày với tá tràng



Hình 3: Đóng kín miệng nối

Bước 9: Dùng stapler thứ 2 đóng kín mặt đáy miệng nối (hình 3) tạo thành miệng nối hình delta, đồng thời luôn sonde dạ dày qua miệng nối để bơm hơi hoặc nước qua thông dạ dày kiểm tra sự lưu thông và kín miệng nối (hình 4,5). Bước 10: Lấy bệnh phẩm (cho

bệnh phẩm vào túi đựng rồi mở rộng thêm lỗ đặt trocar 12mm khoảng 4-6cm để đưa ra ngoài) và đóng lại các lỗ trocar.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.



Hình 4: Mặt trước miệng nối



Hình 5: Mặt sau miệng nối

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Triển khai nghiên cứu từ tháng 12/2022 đến 08/2024, gồm 56 BN có kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi	63,13 ± 11,5 (39 – 93) tuổi	
BMI	20,4 ± 1,97 (17,3 – 25,4) kg/m ²	
Giới tính	Nam	41 (73,2%)
	Nữ	15 (26,8%)
ASA	ASA1	20 (35,7%)
	ASA2	30 (53,6%)
	ASA3	06 (10,7%)

Vị trí tổn thương	Hang vị	42 (75,0%)
	Môn vị	11 (19,6%)
	Bờ cong nhỏ	03 (5,4%)
Giai đoạn bệnh	IA	9 (16,1%)
	IB	22 (39,3%)
	IIA	9 (16,1%)
	IIB	9 (16,3%)
	IIIA	3 (5,4%)
	IIIB	4 (7,1%)

Tuổi thấp nhất trong nhóm nghiên cứu là 39 tuổi và cao nhất là 93 tuổi, BMI thấp nhất 17,3 kg/m² và cao nhất là 25,4 kg/m². Nam giới chiếm 73,2%. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 và ASA2, chiếm 89,3%. Vị trí tổn thương chủ yếu là ở hang vị và môn dạ dày, chiếm 94,6%. Giai đoạn bệnh chủ yếu là I và II.

Bảng 3.2. Kết quả phẫu thuật

Số hạch nạo vét được	20,6 ± 4,2 (15 - 32) hạch
Số hạch di căn	1,39 ± 3,03 (0 - 15) hạch
Khoảng cách từ bờ TT đến diện cắt trên	4,09 ± 1,24 (2 - 7) cm
Giải phẫu bệnh diện cắt trên, dưới âm tính	56 (100%)
Lượng máu mất trong mổ trung bình	36,4 ± 23,4 (15 - 150) ml
Tai biến trong mổ	01 (1,8%)
Lỗi kỹ thuật làm miệng nối	02 (3,6%)
Thời gian phẫu thuật trung bình	160,1 ± 19,2 (130 - 220) phút

100% BN được PTNS hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped. Số hạch nạo vét được trung bình 20,6 ± 4,2 hạch và di căn 1,39 ± 3,03 hạch. Tai biến trong mổ có 1,8% là 1 trường hợp tổn thương nhánh mạch ở bờ trên tá tràng (động mạch tá tràng 1, 2) gây chảy máu (khoảng 150ml) trong thì làm miệng nối do thao tác. Có 3,6% lỗi kỹ thuật thuật khi dùng stapler thứ 2 cắt đóng không kín miệng nối nên phải khâu tăng

cường 1 mũi chữ X bằng chỉ vicryn 3.0. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp phải chuyển đổi phương pháp nối (Billroth II) do khi luồn stapler thứ nhất vào mồm tá tràng thì bị xuyên thủng bờ trên mồm tá tràng (đưa ra khỏi báo cáo này). Thời gian phẫu thuật trung bình 160,1 ± 19,2 phút, ngắn nhất là 130 phút, dài nhất là 220 phút. Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên ngắn nhất là 2cm và dài nhất là 7cm, 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư.

Bảng 3.3. Kết quả điều trị và theo dõi sau mổ

Thời gian lưu sonde dạ dày sau mổ	1,25 ± 0,61 (0 - 3) ngày	
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng	1,32 ± 1,1 (0 - 4) ngày	
Thời gian trung tiện trung bình	50,7 ± 10,1 (24 - 72) giờ	
Thời gian bắt đầu ăn đường miệng	2,1 ± 0,39 (1 - 4) ngày	
Biến chứng sau mổ	Viêm tụy cấp	01 (1,8%)
	Viêm phổi	01 (1,8%)

	Không có biến chứng	54 (96,4%)
Thời gian nằm viện trung bình	6,8 ± 1,2 (5 - 14) ngày	
Tình trạng sức khỏe khám lại sau 1 tháng	Tốt	23 (41,1%)
	Khá	29 (51,8%)
	Trung bình	4 (7,1%)
	Kém	0 (0,0)

Kết quả có 1,8% có biến chứng sau mổ là viêm tụy cấp và 1,8% viêm phổi sau mổ, tất cả đều điều trị nội khoa ổn định ra viện. Không có trường hợp nào rò miệng nối hoặc biến chứng khác và tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,8 ngày (trong đó có 39,3% ra viện vào ngày thứ 6 sau mổ và 50,0% ra viện ngày thứ 7 sau mổ). Thời gian lưu sonde dạ dày trung bình là 1,25 ngày (trong đó có 5,4% không đặt sonde dạ dày, 67,9% lưu 1 ngày và 23,2% lưu 2 ngày sau mổ). Thời gian lưu dẫn lưu ổ bụng sau mổ 1,32 ngày (trong đó có 20 (35,7%) không đặt dẫn lưu, 4 (7,1%) lưu 1 ngày và 27 (48,2%) lưu dẫn lưu ổ bụng 2 ngày sau mổ). Thời gian bắt đầu ăn lại đường miệng là 2,1 ngày, dao động từ 1 đến 4 ngày sau mổ. 41,1% có tình trạng sức khỏe loại Tốt và 51,8% loại Khá khi khám lại sau 1 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 63,13 ± 11,5 tuổi, thấp nhất là 39 tuổi và cao nhất là 93 tuổi. Nam giới chiếm 73,2%. Theo nghiên cứu của các tác giả tuổi mắc UTDD ở các nước như Nhật Bản và Hàn Quốc, Trung Quốc và Việt Nam là 62,7 - 64,8 [2],[3],[5]. BMI trung bình là 20,4 ± 1,97 (17,3 - 25,4) kg/m². Đánh giá tình trạng sức khỏe trước mổ theo ASA chủ yếu là ASA1 và ASA2 chiếm 89,3%. Chúng tôi chỉ định cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 và phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped cho những trường hợp UTDD ở hang vị, ống môn vị, Bờ cong nhỏ dạ dày ở giai đoạn trước mổ ≤ III và đảm bảo diện cắt trên u ≥ 2cm với UTDD giai

đoạn I, ≥ 5cm với giai đoạn II trở lên, sinh thiết tức thì không còn tế bào ung thư. Kết quả nghiên cứu có 94,6% tổn thương nằm ở hang vị và ống môn vị dạ dày, 5,4 % ở bờ cong nhỏ dạ dày; với kết quả này phù hợp với chỉ định cắt bán phần xa dạ dày nối lưu thông theo Delta shaped của các tác giả trong nước và trên thế giới [1],[4],[6],[7]. Một vấn đề mà chúng ta quan tâm là khoảng cách từ bờ tổn thương đến điện cắt trên có đủ an toàn về mặt tế bào học trong ung thư không, các nghiên cứu gần đây chỉ thấy khoảng cách này có thể từ 2cm trở lên đối với UTDD thể loét nhưng phải đảm bảo sinh thiết diện cắt không còn tế bào ung thư, đặc biệt trong giai đoạn sớm. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến điện cắt trên ngắn nhất là 2cm và dài nhất là 7cm, trung bình 4,07cm. 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư. Theo các tác giả Nhật Bản, khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến điện cắt trên ít nhất là 2cm với UTDD giai đoạn I, và ≥ 5cm với giai đoạn II trở lên [6],[7].

Kỹ thuật phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped: làm miệng nối dạ dày còn lại với mồm tá tràng bằng miệng nối Delta shaped bằng linear staplers trong PTNS cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật làm miệng nối này 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 hơn, nối dạ dày còn lại với mồm tá tràng sẽ làm giảm được số lượng miệng nối (chỉ có 1

miệng nối) nên làm giảm được nguy cơ từ miệng nối và rút ngắn được thời gian mổ, vết mổ nhỏ nên bệnh nhân phục hồi sức khỏe sau mổ sớm hơn. Ngoài ra, miệng nối Delta shaped có ưu điểm hơn miệng nối Billroth I là chống được trào ngược dịch mật vào dạ dày và hạn chế được hội chứng Dumping (thức ăn lưu thông qua dạ dày quá nhanh) là do kỹ thuật này đã tạo ra dòng xoáy cho luồng thức ăn khi lưu thông từ dạ dày xuống tá tràng.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp có tai biến trong mổ chiếm tỷ lệ 1,8%, trường hợp này là tổn thương nhánh động mạch ở bờ trên mồm tá tràng (động mạch tá tràng 2) trong khi làm miệng nối gây chảy máu khoảng 150ml, nguyên nhân là do thao tác thu gọn bờ trên mồm tá tràng vào stapler thứ 2 trước khi bấm cắt. Chúng tôi tiến hành cầm máu bằng kẹp clip mạch máu trong PTNS, sau mổ bệnh nhân diễn tiến ổn định và ra viện vào ngày thứ 7. Có 2 trường hợp lỗi kỹ thuật trong khi làm miệng nối do khi bấm stapler thứ 2 đã không kiểm soát hết diện cắt miệng nối còn lại nên không kín miệng nối (1 trường hợp là hở ngay góc dưới của đáy delta - phía bờ dưới mồm tá tràng và 1 trường hợp là ở góc trên của đáy delta), chúng tôi tiến hành khâu kín miệng nối 1 mũi chữ X bằng chỉ vicryn 3.0, sau mổ cả 2 bệnh nhân diễn tiến ổn định và ra viện vào ngày thứ 7. Có 1 trường hợp phải chuyển đổi phương pháp nối sang Billroth II do khi luôn stapler thứ nhất vào mồm tá tràng thì bị xuyên thủng bờ trên mồm tá tràng, lúc này độ dài còn lại của mồm từ chỗ thủng không đủ để làm miệng nối Delta shaped vì vậy chúng tôi quyết định chuyển phương pháp làm miệng nối sang Billroth II sau mổ bệnh nhân diễn tiến ổn định và ra viện, trường hợp này chúng tôi chỉ đưa thêm vào trong kết quả và bàn luận vì trong báo cáo này chỉ báo về

miệng nối Delta shaped. Chúng tôi ghi nhận kết quả bước đầu làm miệng nối Delta shaped sau cắt bán phần xa dạ dày là khả thi, thao tác dễ dàng, rút ngắn được thời gian mổ đáng kể, tỷ lệ tai biến và lỗi kỹ thuật trong mổ là chấp nhận được so với các nghiên cứu ở các nước có tỷ lệ UTDD, kỹ thuật phẫu thuật và điều trị cao nhất thế giới như Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, 2 trường hợp chiếm 3,6%. Trường hợp thứ nhất bị viêm tụy cấp sau mổ chiếm 1,8%, trường hợp này có lẽ do trong khi phẫu thuật nạo vét hạch đã làm tổn thương đến nhu mô thân tụy về mặt vi phẫu, sau mổ 12 giờ xét nghiệm amylase máu tăng cao (1150UI) nên dùng thêm giảm tiết dịch tụy (octreotide) và theo dõi men tụy, Tiếp tục điều trị phối hợp viêm tụy cấp sau mổ, bệnh nhân diễn tiến ổn định dần vào ngày thứ 3 đến thứ 5 sau mổ và ra viện ở ngày thứ 8. Trường hợp thứ 2 bị viêm phổi, được điều trị nội khoa ổn định và ra viện ngày thứ 14 sau mổ. Không có trường hợp nào có biến chứng rò miệng nối hoặc biến chứng khác cũng như tử vong sau mổ. Nghiên cứu của Kigatami và cộng sự trên 68 bệnh nhân làm miệng nối Delta shaped có tỷ lệ biến chứng 2,94% (1 trường hợp tắc ruột sớm và 1 viêm tụy cấp sau mổ) [3]. Han Hong Lee và cộng sự nghiên cứu trên 138 bệnh nhân làm miệng nối Delta shaped sau mổ cắt bán phần xa dạ dày có tỷ lệ biến chứng 8% gồm viêm phổi (0,7%), viêm tụy cấp (1,4%), rò miệng nối (1,4%), hẹp miệng nối (1,4%), chảy máu sau mổ (0,7%), tắc ruột sớm (1,4%), nhiễm trùng vết mổ (0,7%) [5].

Chúng tôi ghi nhận được những kết quả cải thiện đáng kể về mặt kỹ thuật và nâng cao được chất lượng điều trị, hạn chế được những tác động can thiệp nhân tạo từ đó nâng cao được chất lượng cuộc sống sau mổ

cho người bệnh như số hạch nạo vét được trung bình $20,6 \pm 4,2$ hạch và di căn $1,39 \pm 3,03$ hạch; lượng máu mất trung bình là $36,4 \pm 23,4$ (15 - 150) ml; thời gian phẫu thuật trung bình là $160,1 \pm 19,2$ (130 - 220) phút; thời gian lưu sonde dạ dày trung bình là 1,25 ngày (trong đó có 5,4% không đặt sonde dạ dày, 67,9% lưu 1 ngày và 23,2% lưu 2 ngày sau mổ); thời gian lưu dẫn lưu ổ bụng sau mổ 1,32 ngày (trong đó có 20 (35,7%) không đặt dẫn lưu, 4 (7,1%) lưu 1 ngày và 27 (48,2%) lưu dẫn lưu ổ bụng 2 ngày sau mổ); thời gian bắt đầu ăn lại đường miệng là 2,1 ngày, dao động từ 1 đến 4 ngày sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,8 ngày (trong đó có 39,3% ra viện vào ngày thứ 6 sau mổ và 50,0% ra viện ngày thứ 7 sau mổ). Kết quả khám lại sau 1 tháng có tình trạng sức khỏe loại Tốt chiếm 41,1% và loại Khá chiếm 51,8%. Nghiên cứu của Han Hong Lee và cộng sự nghiên cứu trên 138 bệnh nhân làm miệng nối Delta shaped sau mổ cắt bán phần xa dạ dày có thời gian phẫu thuật trung bình 220,4 phút; lượng máu mất trong mổ trung bình 99,8 ml; thời gian trung tiện trung bình 2,7 ngày; thời gian cho ăn sau mổ trung bình là 4,6 ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,5 ngày [5]. Nghiên cứu của Kigatami và cộng sự trên 68 bệnh nhân làm miệng nối Delta shaped có thời gian phẫu thuật trung bình 230 phút, lượng máu mất trong mổ trung bình 21,5ml [3].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 phục hồi lưu thông bằng miệng nối Delta shaped là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hải Nam, Lê Văn Thành** (2022). “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn CT1-2N0M0 tại bệnh viện K” Tạp chí Y học Việt Nam tập 520 – tháng 11 – số 1A: 10-14.
2. **Wei Ding et al** (2018), “Comparison of the short-term outcomes between delta-shaped anastomosis and conventional Billroth I anastomosis after laparoscopic distal gastrectomy: A meta-analysis” *Medicine* 97: 1-9.
3. **Hidehiko Kitagami et al** (2014), “Evaluation of the delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: midterm results of a comparison with Roux-en-Y anastomosis”, *Surg Endosc* 28: 2137–2144.
4. **Seiichiro Kanaya et al** (2011), “The delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: analysis of the initial 100 consecutive procedures of intracorporeal gastroduodenostomy”, *Gastric Cancer* 14: 365–371.
5. **Han Hong Lee et al** (2014), “Delta-shaped anastomosis, a good substitute for conventional Billroth I technique with comparable long-term functional outcome in totally laparoscopic distal gastrectomy”, *Surg Endosc* 1-8.
6. **Japanese Gastric Cancer Association** (2021). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)”, *Gastric Cancer* 24: 1-21.
7. **Japanese Gastric Cancer Association** (2023). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2021 (6th edition)”, *Gastric Cancer* 26: 1-25.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỚP GIẢ THÂN XƯƠNG DÀI CHI DƯỚI

Cao Trung Hiếu¹, Hồ Mẫn Trường Phú¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Điều trị khớp giả xương dài chi dưới cần tuân thủ hai nguyên tắc cơ bản: cố định xương vững chắc và kích thích quá trình liền xương. Việc lựa chọn phương tiện kết hợp xương trong điều trị khớp giả vẫn đang là chủ đề được thảo luận. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện theo mô hình tiến cứu với 31 bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị khớp giả thân xương dài chi dưới tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình: $34,6 \pm 10,5$ tuổi. Thời gian theo dõi trung bình: $9 \pm 5,8$ tháng. Đặc điểm về phương pháp KHX trước phẫu thuật: Nẹp vít: 38,7%, đinh nội tuỷ 61,3%. Tần suất gặp khớp giả: xương đùi 64,5 %, xương chày 35,5%. Vị trí khớp giả: 1/3 trên và 1/3 dưới chiếm 83,9%, 1/3 giữa chiếm 16,1%. Phân độ trên X quang theo Lieberman: độ I 77,4%, độ II 22,6%. Phương pháp phẫu thuật: Nẹp vít: 80,6 %, đinh nội tuỷ 19,4%. Kết quả sau 3 tháng: 41,9% đạt độ II, 41,9% đạt độ III. Kết quả sau 6 tháng: 80,6% bệnh nhân đạt độ III – IV theo phân độ trên X quang. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh nội tuỷ kết hợp với ghép xương mang lại hiệu quả cao trong điều trị khớp giả thân xương dài chi dưới.

Từ khoá: Khớp giả, thân xương dài

¹Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trung Hiếu

SĐT: 0398225222

Email: orthohieu1608@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT OUTCOMES FOR PSEUDARTHROSIS OF LONG BONES IN THE LOWER LIMBS

Background: The treatment of nonunion in long bones of the lower limbs must adhere to two basic principles: stable bone fixation and stimulation of bone healing. The choice of fixation methods in treating nonunion remains a subject of discussion. **Methods:** A prospective study was conducted on 31 patients who underwent surgery for nonunion of long bones in the lower limbs at Hue Central Hospital from January 2023 to July 2024. **Results:** The average patient age was 34.6 ± 10.5 years, with a mean follow-up duration of 9 ± 5.8 months. Preoperative fixation methods included plates and screws (38.7%) and intramedullary nails (61.3%). Nonunion occurred in 64.5% of femur cases and 35.5% of tibia cases. Nonunion was located in the upper and lower thirds in 83.9% of cases and in the middle third in 16.1%. According to Lieberman's classification on X-rays, 77.4% were grade I and 22.6% were grade II. Surgical methods included plates and screws (80.6%) and intramedullary nails (19.4%). After 3 months, 41.9% of patients achieved grade II and 41.9% achieved grade III healing. After 6 months, 80.6% of patients reached grade III-IV according to the X-ray classification. **Conclusion:** Bone fixation using plates and screws or intramedullary nails combined with bone grafting is highly effective in treating nonunion of long bones in the lower limbs.

Keywords: Nonunion, long bones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp giả xương dài chi dưới là di chứng thường gặp trong điều trị gãy xương. Theo

Amin Chinoy, tỷ lệ khớp giả ở riêng xương dài khoảng 2,5%. Có nhiều nguyên nhân cơ học và sinh học phối hợp dẫn đến khớp giả: Tình trạng tổn thương ban đầu, tuổi, dinh dưỡng của người bệnh, các phương pháp điều trị trước đó và kinh nghiệm của thầy thuốc.

Điều trị khớp giả xương dài cần đạt được hai nguyên tắc cơ bản đó là cố định xương vững và kích thích được liền xương. Cho đến nay kết hợp xương bên trong và ghép xương xộp tự thân là phương pháp được sử dụng nhiều nhất. Việc lựa chọn phương tiện kết hợp xương trong việc điều trị khớp giả đang còn được bàn luận như: đinh nội tủy, nẹp khóa, cố định ngoài,... Xương xộp tự thân là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ghép xương. Mỗi năm có khoảng 200.000 ca ghép xương tự thân tại Mỹ, và đa số được lấy tại xương cánh chậu. Bệnh viện Trung Ương Huế đã áp dụng việc sử dụng mảnh ghép tự thân và đồng loại để điều trị khớp giả thân xương dài chi dưới, đặc biệt là trong các trường hợp khớp giả xương đùi sau khi kết hợp với đinh Sign, tỷ lệ gặp phải tương đối cao. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá kết quả điều trị khớp giả thân xương dài chi dưới”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị khớp giả thân xương dài chi dưới tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2024,

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán khớp giả phải dựa vào lâm sàng và X-quang:

Lâm sàng: Đau khi tỷ đè trọng lực hay khi ấn vào ổ gãy, có thể có cử động bất thường.

X-quang: Sau kết hợp xương trên 6 tháng mà 2 đầu xương phi đại hoặc teo nhỏ, can xương chỉ chiếm 0-50% thể tích ổ gãy (độ 1-2 theo thang điểm Lieberman).

Tiêu chuẩn loại trừ: Những đối tượng không được tuyển chọn để tiếp tục nghiên

cứu là các bệnh nhân khớp giả có các bệnh lý kèm theo:

+Các khớp mất đoạn xương trên 6cm và các khớp giả nhiễm trùng.

+Các bệnh lý viêm, tự miễn hoặc mô liên kết (Lupus ban đỏ, viêm khớp, viêm gan B & C, HIV...).

+Các rối loạn nội tiết đang xuất hiện triệu chứng (Đái tháo đường, suy giáp, suy tuyến thượng thận...).

+Bệnh lý tim mạch và hô hấp nặng, suy thận.

+Có tiền sử bị bệnh ác tính, rối loạn chuyển hoá xương, xạ trị hay hoá trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu và mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm độ tuổi bệnh nhân, phương pháp phẫu thuật ban đầu, tỷ lệ vị trí khớp giả, phân độ X quang theo Lieberman, phương pháp và phương tiện được lựa chọn, kết quả sau 3 và 6 tháng.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Những số liệu sau khi được ghi nhận và thu thập được từ các mẫu bệnh án, tất cả đều được xử lý bằng phần mềm phân tích thống kê SPSS 20.0.

Quy trình phẫu thuật: Trước tiên bộc lộ ổ khớp giả, sau đó có thể lấy bỏ phương tiện KHX cũ (nếu cần), làm sạch ổ khớp giả đảm bảo 2 đầu ổ gãy tưới máu tốt. Thay thế hoặc tăng cường thêm phương tiện KHX mới tùy loại khớp giả. Tiếp đó, xương tự thân hoặc nhân tạo được sử dụng để lấp vào vùng khuyết xương. Cuối cùng là kiểm tra độ vững của ổ gãy và đóng vết mổ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của tất cả các bệnh nhân là $34,6 \pm 10,5$, tuổi cao nhất là 55, tuổi thấp nhất là 17 trên tổng số 31 bệnh nhân.

Đặc điểm về phương pháp KHX trước phẫu thuật: Nẹp vít có 12/31 trường hợp (38,7%), đinh nội tuỷ có 19/31 trường hợp (61,3%).

Tần suất: khớp giả xương đùi có 20 trường hợp (64,5%), khớp giả xương chày có 11 trường hợp (35,5%).

Vị trí khớp giả

Bảng 3.1. Vị trí khớp giả

Vị trí khớp giả	Xương chày	Xương đùi	Tổng
1/3 trên và 1/3 dưới	9	17	26
1/3 giữa	2	3	5
Tổng	11	20	31

- Phân độ trên X quang theo Lieberman: trước phẫu thuật số bệnh nhân đạt 2 điểm chiếm 22,6% với 7 trường hợp, số bệnh nhân đạt 1 điểm chiếm 77,4% với 24 trường hợp.

- Đặc điểm về phương pháp KHX trước phẫu thuật: Nẹp vít được sử dụng với 12 bệnh nhân chiếm 38,7%, đinh nội tuỷ được sử dụng với 19 bệnh nhân chiếm 61,3%.

3.2. Kết quả điều trị



Hình 1: Khớp giả sau KHX đùi 6 tháng



Hình 2: Thay nẹp vít bằng đinh nội tuỷ kèm ghép xương sau 6 tháng

- * Thời gian theo dõi trung bình: $9 \pm 5,8$ tháng, ít nhất là 6 tháng, nhiều nhất là 16 tháng.

- * Phương pháp phẫu thuật: Nẹp vít được sử dụng trong 25 trường hợp (80,6%), đinh nội tuỷ được sử dụng trong 6 trường hợp (19,4%).

Bảng 3.2. Sự thay đổi trên xquang sau mổ KHX

Thang điểm	Thời điểm		
	Trước điều trị	3 tháng sau điều trị	6 tháng sau điều trị
Độ 1 (0-25%)	24	4	1
Độ 2 (26-50%)	7	13	5
Độ 3 (51-75%)	0	13	11
Độ 4 (76-99%)	0	1	14
Tổng	31		

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của tất cả các bệnh nhân là $34,6 \pm 10,5$ tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 55 tuổi. Điều này cho thấy rằng các tổn thương xương khớp khó hồi phục chủ yếu xảy ra ở độ tuổi lao động và là những đối tượng phải hoạt động mạnh kết hợp với cường độ làm việc nặng nhọc nên dễ gặp phải các chấn thương trong lao động, sinh hoạt. Chính vì vậy việc điều trị các tổn thương và phục hồi chức năng vận động cho những bệnh nhân này mang ý nghĩa quan trọng về kinh tế - xã hội. Đặc điểm này của nhóm nghiên cứu cũng tương đồng với các nghiên cứu của tác giả khác như Ngô Bá Toàn [2]. Phương pháp kết hợp xương trước phẫu thuật chủ yếu là đinh nội tủy, cho thấy tầm quan trọng của việc lựa chọn phương án điều trị ban đầu, đặc biệt là đối với các trường hợp gãy xương 1/3 trên và 1/3 dưới của xương đùi hoặc xương chày. Các yếu tố như kích thước đinh nội tủy, có sử dụng thêm nẹp vít tăng cường hay không, có ý nghĩa quyết định đến nguyên tắc cố định xương vững chắc theo nguyên tắc AO.

Điều trị một ca khớp giả thân xương xương dài chi dưới sau thất bại của kết hợp xương lần đầu là tương đối khó khăn và còn nhiều bàn cãi [4]. Có lẽ không nên vội vàng kết luận một phương pháp nào đó là tối ưu. Ngay cả các kỹ thuật rất kinh điển: tháo bỏ đinh nội tủy và vít chốt (của lần mổ trước), cắt lọc ổ khớp giả, kết hợp xương lại bằng nẹp vít hoặc đóng đinh nội tủy có chốt và ghép xương) cũng có thể gây thất vọng [3],[6]. Vì cuộc mổ lớn đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và nhiều dụng cụ (nẹp vít, đinh nội tủy) đủ các cỡ loại.

Tuỳ vào nguyên nhân khớp giả mà có những phương án điều trị khác nhau [1]. Trường hợp khớp giả do nguyên nhân KHX mất vững (khớp giả phì đại) được điều trị

bằng phương pháp tăng cường độ vững như là thay lại đinh nội tủy với kích thước phù hợp, có hoặc không sử dụng nẹp vít tăng cường hoặc dùng nẹp vít bắc cầu [7]. Trong trường hợp khớp giả teo hết, KHX bên trong kèm ghép xương, kết hợp với doa lòng tủy là phương án điều trị hợp lý vì nó kích thích được sự phục hồi sinh học của quá trình liền xương[5]. Một yếu tố cơ bản cần được nhấn mạnh là việc sử dụng xương đồng loại hoặc xương nhân tạo để thúc đẩy các quá trình tái tạo xương, đặc biệt là ở những bệnh nhân có khớp giả teo hết.

Sau 6 tháng, có 25 bệnh nhân đạt từ 3 đến 4 điểm theo phân độ trên X quang của Lieberman, chiếm 80,6%. Kết quả này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu Hoàng Xuân Danh với tỷ lệ liền xương đạt 90% hay Lyndsey và cộng sự với kết quả thành công với tỷ lệ 75% [6].

V. KẾT LUẬN

Khớp giả thân xương dài có nhiều phương pháp điều trị tuỳ thuộc vào nguyên nhân. Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy kết hợp với ghép xương mang lại hiệu quả cao trong điều trị khớp giả thân xương dài chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bianco Prevot, L.; Nannini, A.; Mangiavini, L.; Bobba, A.; Buzzi, S.; Sinigaglia, F.; Peretti, G. What Is the Best Treatment of the Femoral Shaft Nonunion after Intramedullary Nailing? A Systematic Review. *Life* 2023, 13, 1508
2. Ngô Bá Toàn (2012), “Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị khớp giả thân xương dài bằng phương pháp ghép TBG tủy xương tự thân qua đường hầm”, *Tạp chí Y Học Dự Phòng*, tập XXII, số 7, trang 99 - 105.
3. Hồ Văn Thạnh (2020), Đánh giá kết quả điều trị khớp giả thân xương đùi đã đóng đinh nội tủy bằng nẹp vít tăng cường và ghép xương tự thân; Luận văn bác sĩ chuyên khoa

- II, Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Lai PJ, Hsu YH, Chou YC et al.**, Augmentative Antirotational Plating Provided a Significantly Higher Union Rate than Exchanging Reamed Nailing in Treatment for Femoral Shaft Aseptic Atrophic Nonunion-Retrospective Cohort Study. BMC Musculoskelet Disord; 2019, 20, 127.
 5. **Lu Y., Sun L., Wang Q., Ren C., Xu Y., Ye H., Li M., Xue H., Huang Q., Li Z., et al.** Osteoperiosteal decortication and bone grafting combined with wave plating for femoral shaft aseptic atrophic nonunion after intramedullary nailing. J. Int. Med. Res. 2022;
 6. **Nailing in Treatment for Femoral Shaft Aseptic Atrophic Nonunion-Retrospective Cohort Study.** BMC Musculoskelet Disord; 2019, 20, 127.
 7. **Uliana C.S., Bidolegui F., Kojima K., Giordano V.** Augmentation plating leaving the nail in situ is an excellent option for treating femoral shaft nonunion after IM nailing: A multicentre study. Eur. J. Trauma Emerg. Surg. 2021.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CỬA ĐÔNG

Thái Doãn Công¹, Nguyễn Thị Nga²

TÓM TẮT²⁰

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đa Khoa Cửa Đông từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang trên 163 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi đặt lưới điều trị thoát vị bẹn. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là $50,0 \pm 13,6$; nam giới chiếm 96,93%; thời gian mắc bệnh trung bình là $15,1 \pm 36,3$ tháng; khối thoát vị chủ yếu xuất hiện khi đi đứng hoặc gắng sức (86,5%); vị trí khối thoát vị chủ yếu nằm ở vùng bẹn (76,87%) và đẩy được vào ổ phúc mạc (87,73%); loại hình phẫu thuật TAPP chiếm 54%, TEP chiếm 46%; xử lý bao

thoát vị có 58,9% đẩy vào khoang phúc mạc, 41,1% cắt bao thoát vị; thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm TEP là $61,1 \pm 17,4$ phút, nhóm TAPP là $79,5 \pm 25,6$ phút ($p < 0,05$); kích cỡ lưới sử dụng là 10×15 cm, chủ yếu cố định lưới bằng protack; tai biến trong mổ có tổn thương bó mạch tinh 1,22%, rách phúc mạc 9,2%; đau sau mổ chủ yếu đau nhẹ (42,9%), đau vừa 45,39%; biến chứng sau mổ gặp 3,64%; thời gian nằm viện trung bình 3,47 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đặt lưới điều trị thoát vị bẹn là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít tai biến biến chứng.

Từ khóa: thoát vị bẹn, TEP, TAPP.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC FOR INGUINAL HERNIA TREATMENT AT CUA DONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic inguinal hernia repair at Cua Dong General Hospital from August 2020 to August 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 163 patients who

¹Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông

²Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Công

SĐT: 0912742728

Email: drcong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

underwent laparoscopic mesh repair for inguinal hernia. **Results:** The average age of patients was 50.0 ± 13.6 years, with males accounting for 96.93%. The average duration of symptoms was 15.1 ± 36.3 months. The hernia primarily appeared during standing or exertion (86.5%) and was mostly located in the inguinal region (76.87%), with 87.73% of cases reducible into the peritoneal cavity. The TAPP technique was used in 54% of cases, while TEP was used in 46%. The hernia sac was reduced into the peritoneal cavity in 58.9% of cases and excised in 41.1%. The average operative time for TEP was 61.1 ± 17.4 minutes, while TAPP took 79.5 ± 25.6 minutes ($p < 0.05$). A 10x15 cm mesh was primarily fixed using Protack. Intraoperative complications included spermatic cord injury (1.22%) and peritoneal tears (9.2%). Postoperative pain was mild in 42.9% and moderate in 45.39% of cases. Postoperative complications occurred in 3.64% of patients, and the average hospital stay was 3.47 days. **Conclusion:** Laparoscopic mesh repair for inguinal hernia is a safe and effective procedure with low complication rates.

Keywords: inguinal hernia, TEP, TAPP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một bệnh lý phổ biến thường gặp. Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 20 triệu ca được phẫu thuật. Ở Mỹ, mỗi năm có khoảng 750.000 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật [1], [2]. Năm 1986, Lichtenstein dùng tấm lưới đặt vào khoang ngoài phúc mạc để điều trị thoát vị bẹn và cho kết quả tốt [3], [4], [5]. Việc đặt lưới nhân tạo có thể thực hiện bằng mổ mở, hoặc nội soi ổ bụng đặt lưới ngoài phúc mạc (Transabdominal preperitoneal - TAPP) hoặc nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (Totally extraperitoneal - TEP) hoặc trong ổ bụng (Intra Peritoneal Onlay Mesh) [8]. Ở Việt Nam đã có khá nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả tại bệnh viện Đại học Y

Dược Hồ Chí Minh, BV Việt Đức, BV TU Huế [5]...Tại Bệnh viện Đa Khoa Cửa Đông kỹ thuật này mới được áp dụng từ 8/2020, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: “*Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đa Khoa Cửa Đông từ tháng 8/ 2020 đến tháng 8/2023*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 163 bệnh nhân được chẩn đoán là TVB được phẫu thuật theo phương pháp nội soi có đặt lưới tại Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông, từ tháng 8/ 2020 đến tháng 8/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Theo dõi cắt ngang.

Thu thập thông tin từ các bệnh án của những bệnh nhân trong danh sách theo mẫu bệnh án thống nhất, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.1. Các đặc điểm chung: tuổi, giới

2.3.2. Triệu chứng lâm sàng:

- Lý do vào viện, đặc điểm khối thoát vị khi khám, thời gian mắc bệnh, vị trí thoát vị: thoát vị bẹn bên phải bên trái hay cả hai bên.

2.3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật, các tai biến trong phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, mức độ đau sau mổ (theo thang điểm VAS), biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, loại hình phẫu thuật:TEP hay TAPP

2.3.4. Thời gian theo dõi và kết quả gần:

- Theo dõi các biến chứng gần: Nhiễm trùng mảnh ghép, tái phát, đau mạn tính vùng bẹn, tụ dịch vùng bẹn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Phân bố theo đặc điểm về giới

- Nam: 158 chiếm 96,93%

- Nữ: 05 chiếm 3,07%

3.1.2. Phân bố theo nhóm tuổi**Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	n	%
18 – 29	18	11,00
30 – 39	18	11,00
40 – 49	50	30,67
50 – 59	47	28,83
> 60	30	18,50
Tổng	163	100

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $50,0 \pm 13,6$. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 82 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 40 – 59 tuổi chiếm 59,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng**3.2.1. Thời gian mắc bệnh****Bảng 3.2. Thời gian mắc bệnh**

Thời gian	n	%
< 1 năm	75	46,01
1 – 3 năm	50	30,67
3 – 5 năm	23	14,11
> 5 năm	15	9,20
Tổng	163	100

Thời gian mắc bệnh trung bình là $15,1 \pm 36,3$ tháng. Mắc bệnh dưới 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 46,01%

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng khối thoát vị**Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng khối thoát vị**

Đặc điểm lâm sàng		n	%
Khối thoát vị xuất hiện khi	Đi đứng hoặc tăng áp lực ổ bụng	141	86,50
	Thường xuyên	22	13,50
Vị trí khối thoát vị	Vùng bẹn	123	76,87
	Xuống đến bìu	40	23,13
Đẩy khối thoát vị vào ổ phúc mạc	Được	143	87,73
	Không được	20	12,27

Có 86,50% khối thoát vị xuất hiện khi đứng hoặc tăng áp lực ổ bụng, 92,6 % khối thoát vị ở bẹn, chỉ 13,5% khối thoát vị xuống đến bìu

3.3. Nhận xét kỹ thuật nội soi đặt tấm lưới**3.3.1. Cách thức phẫu thuật****Bảng 3.5. Loại hình phẫu thuật**

Loại hình phẫu thuật	n		%	
	1 bên	2 bên	1 bên	2 bên
TEP	70	5	42,94	3,06
TAPP	82	6	50,32	3,68
Tổng	163		100	

TAPP chiếm 54%, TEP chiếm 46%, có 6,74% được mổ thoát vị cả 2 bên

3.3.2. Xử lý bao thoát vị**Bảng 3.6. Xử lý bao thoát vị**

Xử lý bao thoát vị	n	%
Cắt bao thoát vị	67	41,10
Đẩy vào khoang phúc mạc	96	58,90
Tổng	163	100

Có 58,90% xử trí bằng đẩy bao thoát vị vào khoang phúc mạc, 41,1% cắt và thắt bao phúc mạc

3.3.3. Cố định mảnh ghép và kích cỡ lưới

Chúng tôi dùng protack cố định mảnh ghép ở hầu các trường hợp. Kích cỡ lưới sử dụng là 10 x 15 cm

3.4. Kết quả phẫu thuật**3.4.1. Thời gian phẫu thuật****Bảng 3.7. Phân bố thời gian phẫu thuật theo phương pháp**

Bảng 3.7: Phân bố thời gian phẫu thuật theo phương pháp					
Thời gian mổ (phút)	Cách thức PT				P
	TEP		TAPP		
	n	%	n	%	
30 – 60	30	18,40	18	11,04	0,051
60 – 90	35	21,47	50	30,67	
90 – 120	10	6,13	20	12,29	
Tổng	75	46,00	88	54,00	
Thời gian mổ trung bình	61,1±17,4		79,5±25,6		0,017

Thời gian mổ trung bình của nhóm TEP là 61,1±17,4, của nhóm TAPP là 79,5±25,6. Sự khác biệt về thời gian mổ trung bình của 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,017$

3.4.2. Các tai biến trong phẫu thuật**Bảng 3.8. Các tai biến trong phẫu thuật**

Loại tai biến	n	%
Rách phúc mạc	15	9,20
Tổn thương bó mạch tinh	2	1,22

Có 2 trường hợp tổn thương bó mạch tinh, chiếm 1,22%. Có 15 trường hợp rách phúc mạc trong quá trình phẫu tích bao thoát vị chiếm 9,2%.

3.4.3. Mức độ đau ngày thứ nhất sau phẫu thuật**Bảng 3.9. Mức độ đau ngày thứ nhất sau phẫu thuật (n=68)**

Mức độ đau	n	%
Không đau	4	2,45
Đau nhẹ	76	42,94
Đau vừa	74	45,39
Đau nhiều	9	5,52
Tổng	163	100

Đau nhẹ chiếm 42,94%, đau vừa chiếm 45,39%.

3.4.4. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình là 3,47 ngày.

3.4.5. Các biến chứng gần sau phẫu thuật

Bảng 3.11. Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Nhiễm trùng lưới	0	0
Tụ dịch, máu vùng bẹn	3	1,84
Đau, tức vùng bẹn mạn tính	1	0,6
Tái phát	2	1,20

Có 3 bn tụ máu, dịch vùng bẹn chiếm 1,84%, 2 trường hợp tái phát sau mổ 6 tháng (1,2%).

Bảng 4.1: So sánh kích thước mảnh ghép

Nghiên cứu	Kích thước mảnh ghép (cm)	Số ca thoát vị	Tỷ lệ tái phát (%)	Thời gian theo dõi (tháng)
Phạm Hữu Thông[5]	7,5 x 15	31	6,4	7,8
Chúng tôi	10 x 15	163	1,22	6

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Phân bố theo đặc điểm về giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 158 trường hợp là nam giới chiếm 96,93%, có 5 trường hợp là nữ giới chiếm 3,07%. So với các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài, tác giả Phạm Hữu Thông nghiên cứu 114 trường hợp, tất cả nam giới [5]. Theo nghiên cứu của Hiroki Toma trên 303 bệnh nhân, có 16 trường hợp là nữ giới, chiếm 5,2% [8]. Có thể do nam giới là lực lượng lao động chủ yếu của xã hội, thường xuyên lao động nặng nên dễ mắc bệnh hơn.

4.1.2. Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $50,0 \pm 13,6$. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 82 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 40 – 59 tuổi chiếm 59,5%. Tuổi trung bình của chúng tôi không khác biệt so với các nghiên cứu Alabi [1] tuổi trung bình là $53,9 \pm 19$.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian mắc bệnh trung bình là $15,1 \pm 3,63$ tháng. Mắc bệnh dưới 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 38,2 %. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng đi khám sớm

trong vòng 1 năm, có thể do bệnh nhân đã có sự quan tâm nhất định, đi khám phát hiện và điều trị bệnh sớm hơn. Kết quả của Toma Hiroki là $19,2 \pm 4,5$ tháng [8].

4.3. Nhận xét kỹ thuật nội soi đặt tấm lưới ngoài phúc mạc

4.3.1. Kích thước mảnh ghép

Nếu dùng mảnh ghép không đủ rộng sẽ có nguy cơ tái phát.

Nghiên cứu của Phạm Hữu Thông [5] cho thấy sử dụng mảnh ghép lớn cho thời gian mổ nhanh hơn mảnh ghép nhỏ. Chúng tôi 100% dùng mảnh ghép có kích thước lớn 10 x 15 cm để che phủ, nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp tái phát sau 6 tháng theo dõi.

4.3.2. Cố định mảnh ghép

Có thể cố định mảnh ghép bằng khâu dính hoặc protack, thời gian đầu chúng tôi khâu cố định lưới, sau đó áp dụng cố định bằng dụng cụ, góp phần rút ngắn thời gian mổ. Các nghiên cứu khác cũng cho nhận xét là cố định mảnh ghép bằng dụng cụ hoặc keo giúp rút ngắn thời gian mổ [1], [2], [7].

4.4. Kết quả kỹ thuật nội soi đặt lưới điều trị thoát vị bẹn

4.4.1. So sánh thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm TEP và TAPP

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình ở nhóm TEP là $61,1 \pm 17,4$ phút; thời gian mổ ở nhóm TAPP là $79,5 \pm 25,6$ phút. So sánh thời gian mổ trung bình của cả 2 nhóm này là có sự khác biệt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,017$. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu Toma Hiroki [8]. Thời gian đầu chúng tôi thực hiện theo kỹ thuật TAPP và khâu cố định lưới nên mổ lâu hơn, về sau khi đã thành thạo kỹ thuật và cố định lưới bằng protack nên khi chuyển sang kỹ thuật TEP thời gian mổ được rút ngắn xuống.

4.4.2. Các tai biến trong phẫu thuật

Có 2 trường hợp tổn thương bó mạch tinh trong quá trình phẫu tích bao thoát vị chiếm 1,22%, đây là 2 trường hợp viêm dính nhiều nên khi phẫu tích bao thoát vị làm tổn thương bó mạch tinh, 15 trường hợp (9,20%) rách phúc mạc khi phẫu tích, chủ yếu là thực hiện kỹ thuật TEP, chúng tôi khâu lỗ thủng và tiếp tục thao tác, không phải chuyển phương pháp khác. Đây là 2 tai biến thường gặp nhất trong phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn, các tác giả khác cũng có nhận xét tương tự [4], [8].

4.4.3. Mức độ đau ngày thứ nhất sau phẫu thuật

Chúng tôi đánh giá mức độ đau ngày thứ nhất sau mổ dựa vào thang điểm VAS, do bệnh nhân tự đánh giá. Trong nghiên cứu có 42,94% bệnh nhân có biểu hiện đau nhẹ, 45,39% biểu hiện đau vừa, có 9 trường hợp đau nhiều phải dùng thêm thuốc giảm đau tiêm như voltaren, morphin. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy mức độ đau sau phẫu thuật đều thuộc nhóm nhẹ và vừa, chỉ cần giảm đau bằng paracetamol truyền tĩnh mạch, rất ít trường hợp phải dùng đến giảm đau mạnh như voltaren, morphin [2], [4], [8]...

4.4.4. Các biến chứng gần sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu có 3 bệnh nhân tụ máu hoặc tụ dịch vùng bẹn, 1 trường hợp phải

rạch lấy máu tụ, còn lại 2 trường hợp chúng tôi điều trị nội khoa kết hợp chọc hút máu tụ dưới hướng dẫn của siêu âm thành công. Tụ máu, tụ dịch vùng bẹn thường do cầm máu không tốt trong quá trình phẫu thuật, hoặc gặp ở những bệnh nhân có túi thoát vị lớn, viêm dày, dính chặt vào thành tinh, bóc tách cầm máu khó khăn. Tác giả Phạm Hữu Thông [5] có 5/114 trường hợp tụ dịch vùng bẹn sau mổ.

Chúng tôi gặp 1 bệnh nhân đau mạn tính nhẹ vùng bẹn. Toma Hiroki [8] có 1/303 bệnh nhân đau mạn tính. Nguyên nhân gây đau mạn tính là có thể do tổn thương dây thần kinh trong quá trình bóc tách hình thành các u thần kinh, hoặc do đặt sai tấm lưới gây chèn ép thần kinh, cố định phạm vào các thần kinh hoặc do tạo thành sẹo mạn tính vì phản ứng viêm khi đặt tấm lưới nhân tạo.

Trong nghiên cứu, chúng tôi 2 gặp trường hợp tái phát sau 6 tháng nhưng bệnh nhân chưa đồng ý mổ lại vì khối phòng bẹn nhỏ hơn nhiều so với lần trước. Chúng tôi không gặp nhiễm trùng mảnh ghép trong thời gian theo dõi. Phạm Hữu Thông [5] có 1/114 trường hợp nhiễm trùng mảnh ghép sau 2 năm, được mổ lấy bỏ mảnh ghép, sau ca mổ bệnh nhân khỏi hẳn, không tái phát.

4.4.5. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là 3,47 ngày, so sánh với Phạm Hữu Thông [5] và Hiroki [8] thời gian nằm viện của chúng tôi cao hơn ($p<0,01$). Do đây là kỹ thuật chúng tôi mới áp dụng nên chúng tôi vẫn còn khá thận trọng khi cho bệnh nhân xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới điều trị thoát vị bẹn là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, ít tai biến và biến chứng. Có thể triển khai được tại các bệnh viện tuyến huyện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alabi A, Haladu N, Scott NW, et al.** Mesh fixation techniques for inguinal hernia repair: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. *Hernia*. 2022;26:973-87.
2. **Kumar A, Kaistha S, Gangavatiker R.** Non-fixation versus fixation of mesh in totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: a comparative study. *Indian J Surg*. 2019;80:128-33.
3. **Matikainen M, Aro E, Vironen J, et al.** Factors predicting chronic pain after open inguinal hernia repair: a regression analysis of randomized trial comparing three different meshes with three fixation methods (FinnMesh study). *Hernia*. 2018;22:813-8.
4. **Saini V, R AV, Rathore YS, Chumber S, Kataria K, Garg R.J.** Minim Invasive Surg. 2023 Dec 15;26(4):190-197. Perioperative complications of laparoscopic inguinal hernia repair in India: a prospective observational study.
5. **Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công** (2010), "Kết quả phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn dưới gây tê tùy sống và gây mê", *Y học TP Hồ Chí Minh*
6. **Merola G, Cavallaro G, Iorio O, Frascio M, Pontecorvi E, Corcione F, Andreuccetti J, Pignata G, Stabilini C, Bracale U.** *Hernia*. 2020 Jun;24(3):651-659. Learning curve in open inguinal hernia repair: a quality improvement multicentre study about Lichtenstein technique.
7. **Sayadi Shahraki M, Mahmoudieh M, Keleidari B, et al.** The effect of internal mesh fixation and external fixation (inguinal hernia truss) on postoperative complications in patients with inguinal hernia undergoing totally extraperitoneal laparoscopic hernioplasty. *Adv Biomed Res*. 2022;11:49.
8. **Toma Hiroki et al.** (2017). "A 10-Year Experience of Totally Extraperitoneal Endoscopic Repair for Adult Inguinal Hernia." *Sujgejy Today* 45.11. PMC. Web. 12 Oct.

NHÂN TRƯỜNG HỢP ĐÚT GÂN GẤP NGÓN CÁI DÀI SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY ĐẶT NẠP MẶT GAN

Hồ Mẫn Trường Phú¹, Lê Khánh Linh¹,
Nguyễn Minh Mẫn¹, Trần Thanh Đạt¹, Trần Văn Dũng¹

TÓM TẮT.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 52 tuổi bị đứt gân gấp ngón cái dài sau khi đặt

¹*Bệnh viện Trung ương Huế*

Chịu trách nhiệm chính:

SĐT: 0325272292

Email: drtttdat93@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

nẹp mặt trước đầu dưới xương quay. Bệnh nhân bị tai nạn giao thông vào viện và được chẩn đoán gãy đầu dưới xương quay, bệnh nhân được trải qua cuộc phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít. Sau mổ, việc cử động ngón cái gấp duỗi bình thường. 8 tháng sau, sau quá trình theo dõi và tái khám, bệnh nhân được phát hiện đứt gân gấp ngón cái dài thứ phát. Chúng tôi cố gắng tìm nguyên nhân và điều trị để giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra cho bệnh nhân này, cũng như các bệnh nhân tiếp theo. Nẹp vít được tháo bỏ cùng với đó

là việc tái tạo gân hai thì được thực hiện. Mục tiêu của bài báo là báo cáo tình trạng viêm nhiễm của việc đặt nẹp đầu dưới xương quay mặt trước quá thấp gây biến chứng về gân giúp cho các phẫu thuật viên có thêm kinh nghiệm để đạt kết quả tốt trong việc điều trị.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương quay, mô hồ kết hợp xương bên trong, đặt nẹp mặt gan, đường Watershed

SUMMARY

RUPTURE OF THE FLEXOR POLLICIS LONGUS TENDON AFTER OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION WITH VOLAR PLATING OF DISTAL RADIUS FRACTURE: A CASE REPORT

We report the case of a 52-year-old female with flexor tendon rupture after volar plate fixation of distal radius fracture. The patient had a traffic accident and was admitted to the hospital with a fracture of the distal radius. She underwent surgical treatment with fixation with a volar locking plate. After surgery, the patient can move her thumb normally. 8 months later, the patient ruptured the flexor pollicis longus. We tried to find the cause and treated the patient. Volar plate was removed using the previous volar approach, Two-stage flexor tendon reconstructions using a silicone rod. The objective of the article is to report the influence of distal plate placement for distal radius fractures on risk of flexor tendon complications thereby helping doctors gain experience in treatment to get good results.

Keywords: Distal radius fracture; Flexor pollicis longus; Flexor tendon rupture; Fracture radius distal, Watershed line.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là một loại gãy thường gặp ở chi trên, chúng chiếm 8%-15% tổng số chấn thương ở người lớn [1] Các lựa

chọn điều trị có thể là bảo tồn nắn chỉnh bó bột hay phẫu thuật xuyên đinh K, kết hợp xương nẹp vít [2]. Tất cả các phương tiện này đã được sử dụng và các biến chứng sau mổ được báo cáo bao gồm: Ổ gãy còn di lệch, đặt nẹp sai vị trí, cứng khớp, nhiễm trùng, tổn thương mô mềm xung quanh. Yếu tố tăng nguy cơ có thể kể đến như là lối sống, tuổi tác, tinh thần, tình trạng bệnh đi kèm và sự tuân thủ điều trị [3]. Những tổn thương gân thứ phát do đặt nẹp mặt trước đầu dưới xương quay rất ít gặp. Vì vậy, trong báo cáo này chúng tôi trình bày nhân một trường hợp tổn thương đứt gân gấp ngón cái dài sau khi cố định ổ gãy đầu dưới xương quay đặt nẹp mặt trước.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 52 tuổi, bị tai nạn giao thông vào viện với chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay và được điều trị kết hợp xương nẹp vis đầu dưới xương quay đặt mặt gan, Sau mổ bệnh nhân gấp duỗi nhẹ, không có dấu hiệu tổn thương gân, thần kinh, mạch máu và được xuất viện vào lúc hậu phẫu ngày thứ 5. Trong 2 tháng đầu bệnh nhân tái khám định kì, vết mổ khô, không phù nề, tấy đỏ, đau lâm râm vết mổ. Sau đó bệnh nhân xuất hiện triệu chứng hạn chế gấp đốt xa ngón I, bắt đầu cảm giác dị cảm đau tức tại vết mổ củ kèm tê chủ yếu các ngón 1,2,3, bệnh nhân được điều trị nội khoa, hướng dẫn tập phục hồi chức năng, 6 tháng sau bệnh nhân được khám và chẩn đoán theo dõi đứt gân gấp ngón cái dài được nhập viện và điều trị, quá trình phẫu thuật bệnh nhân được tháo nẹp vít, thám sát trong mổ cho thấy vị trí đặt nẹp viêm xơ dính, gân ngón cái dài đứt hoàn toàn, co rút, tiêu gân 1 đoạn dài, chúng tôi tiến hành đặt đĩa plastic tái tạo gân thì 1 kèm giải phóng ống cổ tay.



Hình 1: Hình ảnh Xquang phương tiện nẹp vis xương quay khoảng 8 tháng



Hình 2: Hình ảnh trước mổ của bệnh nhân



Hình 3: Hình ảnh tổn thương gân gấp ngón cái



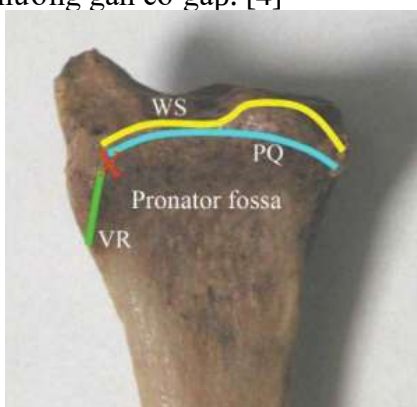
Hình 4: Quá trình tháo nẹp và giải phóng ống cổ tay

III. BÀN LUẬN

Monda và cộng sự đã báo cáo về việc đứt gân gấp ngón cái dài 10 năm sau phẫu thuật. Họ cho rằng sự đứt là do tình trạng tiêu gân, căng, mỏi cơ học và tình trạng viêm mãn tính do mảnh gãy đầu dưới xương quay bị viêm dính. Điều này chứng tỏ việc đứt gân là một quá trình lâu dài cần đủ thời gian với quá trình đủ lâu kèm ma sát dẫn tới tình đứt gân, bệnh nhân sẽ có tình trạng cảm giác khó chịu ở cổ tay, kèm dị cảm, quá trình sẽ bào mòn sợi gân

Theo nghiên cứu khác của Thorning thì các biến chứng có thể gặp đối với việc đặt nẹp mặt trước xương quay như biến chứng về thần kinh trong đó có hội chứng ống cổ tay, có thể thấy ở trên bệnh nhân này, vì vậy chúng tôi chủ động giải phóng ống cổ tay khi bệnh nhân có biểu hiện tê nhẹ ở các ngón tay, các biến chứng này có thể từ 3% đến 8%, đau tại chỗ từ 1% tới 6%. Cũng trong các báo cáo của các tác giả khác biến chứng đứt gân gấp xuất hiện với tỉ lệ là 0,5- 1,6% [3]

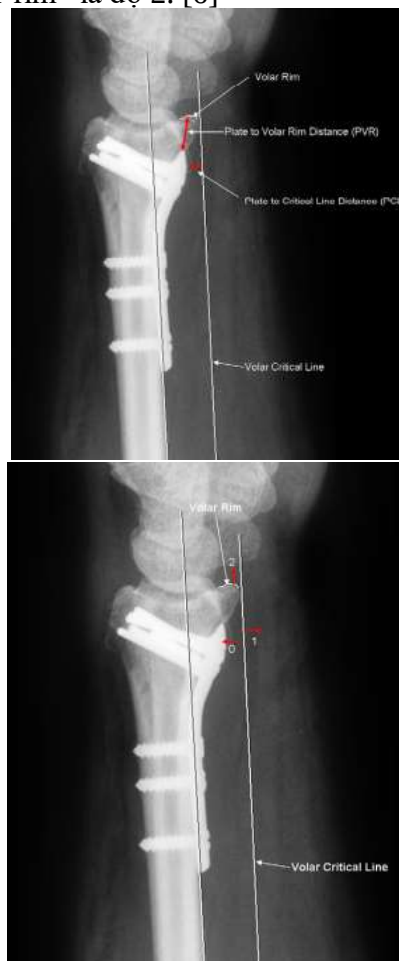
Để giảm thiểu các biến chứng, một nghiên cứu của Orbay đã chỉ ra rằng tầm quan trọng của vị trí đặt nẹp liên quan tới đường Watershed line, việc đặt nẹp quá thấp có thể tác động tới gân gấp gây biến chứng không đáng có. Theo định nghĩa của Nelson và Orbay đường watershed line là một đường nhô ra nổi các điểm lồi nhất của mặt trước đầu dưới xương quay [6]. Soong và cộng sự cũng đưa ra lập luận của mình rằng nẹp đặt thấp dưới đường Watershed làm tăng nguy cơ tổn thương gân cơ gấp. [4]



Hình 5: Đường Watershed (WS) [4]

Yếu tố liên quan đến các biến chứng của gân cơ gấp trong đặt nẹp mặt trước là vị trí đặt nẹp quá xa, có thể dẫn đến tác động cơ học của gân cơ gấp do cấu trúc giải phẫu ở nơi này. Đường Watershed đầu dưới xương quay nằm ngang trên đầu dưới chỉ gần với bề mặt khớp không được bao phủ bởi cơ sấp vuông[5]. Móc giải phẫu này nên được sử dụng làm mốc xa nhất của vị trí đặt nẹp để tránh tác động ma sát lên gân gấp. Soong và nhóm của ông đã nghĩ ra một hệ thống phân loại đánh giá vị trí của nẹp mặt trước qua phim XQ dựa vào độ nhô ra của nẹp trên phim nghiêng như sau: Vẽ một đường dọc theo mặt trước thân xương quay. Sau đó vẽ đường “critical line”: là đường song song với đường ban đầu tiếp tuyến với phần đỉnh nhô ra trước nhất của đầu dưới xương quay. Và

đường “volar rim” là đường viền thấp nhất của vỏ trước xương quay trên phim nghiêng. Nẹp nằm về phía mặt sau của đường “Critical line” được xếp độ 0. Nẹp chạm vào đường “Critical line” hoặc vượt quá đường này nhưng vẫn nằm trên đường “volar rim” được xếp độ 1. Và nẹp nằm dưới đường “Volar rim” là độ 2. [6]



Hình 6: Phân độ vị trí nẹp trên phim XQ nghiêng theo Soong [6]

Sau khi xem xét phim XQ chúng tôi nhận thấy việc đặt nẹp thấp, nẹp nhô ra so với bề mặt xương vượt quá đường “Watershed”, theo phân độ của Soong trên XQ phim nghiêng là độ 2, đã làm ảnh hưởng tới gân gấp gây viêm, ma sát với gân khi chuyển động lâu dần dẫn đến việc mài mòn đứt gân

gấp ngón cái dài đồng thời gây kích ứng thần kinh giữa viêm thần kinh gây tê các ngón tay theo thần kinh chi phối. Việc tháo bỏ nẹp kèm giải phóng ống cổ tay là cần thiết để phòng ngừa cũng như điều trị các biến chứng xảy ra.



Hình 7: Phân độ vị trí nẹp của bệnh nhân trên XQ

Tùy thuộc vào từng kiểu gãy chúng ta có thể sử dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau tuy nhiên đối với trường hợp ổ gãy quá sát mặt khớp khi đặt nẹp ở vị trí không tối ưu sẽ dẫn đến nguy cơ đứt gân. Bằng cách đo khoảng cách Nẹp tới đường “Critical line” và nẹp tới đường “Volar rim” trên phim X quang nghiêng, các bác sĩ sẽ có thể xác định những bệnh nhân có nguy cơ cao bị đứt gân cơ gấp, điều này giúp cho việc lập kế hoạch điều trị cho bệnh. Theo khuyến cáo của Kitay những bệnh nhân này nên được kiểm tra cẩn thận các triệu chứng của viêm, kích ứng gân. Tất cả các đứt gân trong nghiên cứu Kitay xảy ra ít nhất 6 tháng sau khi cố định ổ gãy. Do đó, để giảm nguy cơ đứt, tác giả khuyến bạn nên xem xét tháo nẹp chọn lọc sau khi liền xương 6 tháng ở những bệnh nhân có triệu chứng với độ lùi của tấm nẹp lớn hơn 2,0 mm về phía trước từ đường

“critical line” hoặc vị trí tấm nẹp đặt thấp 3,0 mm tính từ đường “volar rim” [7].

IV. KẾT LUẬN

Khi kết hợp xương đầu dưới xương quay cần đòi hỏi phẫu thuật viên lựa chọn phương tiện kết hợp xương thích hợp, việc nắm vững ổ gãy hoàn hảo là điều quan trọng, nhưng vị trí, cách thức đặt nẹp cũng quan trọng không kém để giảm thiểu các nguy cơ rủi ro cho bệnh nhân. Trong mỗi khi đặt nẹp mặt trước cần chú ý tới đường “watershed”. Và sau mỗi đánh giá phim XQ vị trí đặt nẹp được phân độ rõ ràng để xem xét đánh giá, có kế hoạch điều trị thích hợp phòng ngừa các biến chứng đáng tiếc xảy ra cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meena, S., Sharma, P., Sambharia, A. K., & Dawar, A. (2014). Fractures of distal radius: an overview. *Journal of family medicine and primary care*, 3(4), 325–332.
2. Mathews, A. L., & Chung, K. C. (2015). Management of complications of distal radius fractures. *Hand clinics*, 31(2), 205–215.
3. Thorninger, R., Madsen, M. L., Wæver, D., Borris, L. C., & Rölfing, J. H. D. (2017). Complications of volar locking plating of distal radius fractures in 576 patients with 3.2 years follow-up. *Injury*, 48(6), 1104–1109.
4. Bergsma, M., Doornberg, J. N., Borghorst, A., Kernkamp, W. A., Jaarsma, R. L., & Bain, G. I. (2020). The Watershed Line of the Distal Radius: Cadaveric and Imaging Study of Anatomical Landmarks. *Journal of wrist surgery*, 9(1), 44–51.
5. Orbay, J. L., & Touhami, A. (2006). Current concepts in volar fixed-angle fixation of unstable distal radius

fractures. Clinical orthopaedics and related research, 445, 58–67.

6. **Berglund, L. M., & Messer, T. M.** (2009). Complications of volar plate fixation for managing distal radius fractures. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 17(6), 369–377.

7. **Kitay, A., Swanstrom, M., Schreiber, J. J., Carlson, M. G., Nguyen, J. T., Weiland, A. J., & Daluiski, A.** (2013). Volar plate position and flexor tendon rupture following distal radius fracture fixation. The Journal of hand surgery, 38(6), 1091–1096.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG VẬT RÃNH MŨI MÁ TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG KHOANG MIỆNG SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ

Nguyễn Quang Trung¹, Ngô Vi Tiến¹,
Hà Văn Ngọ¹, Cao Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả ứng dụng vật rãnh mũi má trong tạo hình khuyết hồng khoang miệng sau phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô khoang miệng tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh bao gồm 16 bệnh nhân mắc ung thư khoang miệng được phẫu thuật cắt rộng u và tạo hình bằng vật rãnh mũi má tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An giai đoạn từ tháng 01/2022 đến T4/2024. **Kết quả:** Trong số 16 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi mắc bệnh trung bình là 58.8 ± 10.3 tuổi; Tỷ lệ Nam/Nữ 1.67/1. Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn T2 (68.74%) và N0 (81.25%). Kích thước vật rãnh mũi má, chiều dài trung bình 58.6 ± 6.5 mm, chiều rộng trung bình 30.8 ± 3.8 mm. Tình trạng vật tạo hình sau mổ 100% sống. Chức năng

phát âm và nuốt sau mổ đều đạt kết quả tốt ở tất cả các bệnh nhân. **Kết luận:** Vật rãnh mũi má là lựa chọn thích hợp cho các khuyết hồng trong khoang miệng kích thước từ nhỏ đến trung bình sau cắt bỏ u nguyên phát do đây là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp, kèm theo kết quả chức năng, thẩm mỹ tốt.

Từ khóa: Vạch rãnh mũi má, tạo hình khoang miệng, ung thư khoang miệng

SUMMARY

INITIAL EVALUATE THE RESULTS OF APPLICATION OF NASOLABIAL FLAPS IN SHAPING ORAL CAVITY DEFECTS AFTER SURGERY

Objective: To provide a preliminary assessment of the application of nasolabial flaps in reconstructing oral cavity defects after surgery for oral squamous cell carcinoma at Nghe An Oncology Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study involving 16 patients with oral cancer who underwent wide tumor excision and reconstruction using nasolabial flaps at the Head and Neck Surgery Department of Nghe An Oncology Hospital from January 2022 to April 2024. **Results:** Among the 16 patients, the average age was 58.8 ± 10.3 years, with a male-to-female

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Ngọ

SĐT: 0964303536

Email: hangodhyduochue@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

ratio of 1.67:1. Most patients were in stage T2 (68.74%) and N0 (81.25%). The average flap length was 58.6 ± 6.5 mm, and the average width was 30.8 ± 3.8 mm. All flaps survived postoperatively (100%). Postoperative speech and swallowing functions were good in all patients.

Conclusion: The nasolabial flap is a suitable option for reconstructing small to medium-sized oral cavity defects following tumor excision. It is a safe and effective technique with a low complication rate, providing good functional and aesthetic outcomes.

Keywords: nasolabial flap, oral cavity reconstruction, oral cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là một trong những ung thư thường gặp nhất của hệ đầu mặt cổ và là một trong tám loại ung thư phổ biến nhất theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc bệnh sẽ tăng lên trong tương lai. Tỷ lệ mắc ung thư khoang miệng khác nhau tùy theo khu vực địa lý, chiếm 2% - 4% trong các ung thư ở phương Tây và là một trong ba ung thư thường gặp nhất ở châu Á. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư giai đoạn 1991 - 1995, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 2,7/100.000 dân (1,8%), ở nữ là 3/100.000 dân (3,1%).

Phần lớn bệnh nhân khi được chẩn đoán đều có giai đoạn lâm sàng tiến triển, u xâm lấn rộng tại vùng nên gây khó khăn trong điều trị. Do những đặc thù về mặt giải phẫu, điều trị triệt căn có thể để lại những tổn khuyết gây ảnh hưởng lớn về hình thể, chức năng sống và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, và đây chính là thách thức trong điều trị. Vì thế, việc ứng dụng phẫu thuật tái tạo là vô cùng cần thiết, giúp mở rộng chỉ định phẫu thuật, phục hồi các tổn khuyết, đem lại cơ hội sống và sống tốt hơn cho bệnh nhân. Phẫu thuật là điều trị ban đầu và chủ yếu, bao gồm cắt bỏ rộng khối u nguyên phát cách rìa khối u 2cm cùng với cơ quan bị xâm lấn thành một khối kết hợp vết các nhóm hạch vùng cổ xâm lấn

hoặc có nghi ngờ xâm lấn. Thời gian sống thêm hoặc tái phát sau điều trị phụ thuộc rất nhiều vào kết quả phẫu thuật khối u nguyên phát và vết hạch cổ. Việc tạo hình lại các khuyết hồng khoang miệng sau phẫu thuật cắt bỏ khối u là một thách thức lớn đối với phẫu thuật viên, đồng thời cũng là một trong những yếu tố quyết định đến sự thành công của phẫu thuật. Vì vậy việc ứng dụng các phương pháp tái tạo phù hợp cho nhiều loại ung thư khoang miệng phổ biến, đặc biệt với các mức độ tổn khuyết trung bình và lớn, việc ứng dụng vật rãnh mũi má với mục tiêu bước đầu đánh giá kết quả ứng dụng vật rãnh mũi má trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô khoang miệng tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 16 bệnh nhân mắc ung thư khoang miệng được phẫu thuật cắt rộng u và tạo hình bằng vật rãnh mũi má tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An giai đoạn từ T1/2022 đến T4/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang chùm ca bệnh hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh (tháng), triệu chứng lâm sàng, tiền sử, vị trí, kích thước khối u, giai đoạn bệnh TNM (theo phân loại AJCC 2017), điều trị hỗ trợ trước.

- Thông tin ghi nhận trong mổ: vị trí, kích thước khuyết hồng, kích thước vật, thời gian lấy vật, mức độ vết hạch cổ, tai biến trong mổ.

- Kết quả sớm sau mổ: biến chứng sau mổ, tình trạng vật, vị trí lấy vật.

- Đánh giá phục hồi chức năng (chức năng nói, ăn, nuốt), thẩm mỹ sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm bệnh nhân****Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Tuổi	58.8 ± 10.3	39 - 76
Giới (nam/nữ)	10/6	62.5%, 37.5%
Kích thước u	23.9 mm ± 9.7 mm	15 – 40 mm
Vị trí u		
Môi	6	37.5%
Niêm mạc má	8	50%
Tam giác hậu hàm	2	12.5%
Giai đoạn pT		
T1	3	18.75%
T2	11	68.75%
T3	2	12.5%
Giai đoạn N		
N0	13	81.25%
N1	2	12.5%
N2	1	6.25%
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt rộng u, tạo hình vết hạch cổ 1 bên	15	93.75%
Cắt rộng u, tạo hình vết hạch cổ 2 bên	1	6.25%

Tuổi mắc bệnh lớn nhất là 76, nhỏ nhất là 39, tuổi trung bình là 58.8 ± 10.3. Tỷ lệ nam/nữ là 1.67/1. Thường gặp nhất là ung thư niêm mạc má và môi chiếm tương ứng là 50% và 37.5%. U thường gặp nhất ở giai đoạn T2 (68.75% trường hợp), 81.25% trường hợp chưa có di căn hạch vùng N0. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt rộng u tạo hình và vết hạch cổ chọn lọc 01 bên.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật**

Kích thước vạt		
Chiều dài	58.6 ± 6.5 mm	45 mm – 80 mm
Chiều rộng	30.8 ± 3.8 mm	25 mm – 45 mm
Thời gian lấy vạt	25 ± 5	20 – 30 phút

Vạt rãnh mũi má được có kích thước vừa và nhỏ, chiều dài vạt từ 45 – 80mm, trung bình là 58.6 mm, chiều rộng vạt từ 25 mm tới 45 mm, trung bình là 30.8 mm. Thời gian bóc tách lấy vạt trung bình là 25 phút.

3.3. Kết quả sớm sau mổ**Bảng 3: Kết quả sớm sau mổ**

Tình trạng vạt		
Sống	16	100%
Hoại tử một phần	0	0%
Hoại tử toàn bộ	0	0%
Thời gian hậu phẫu		
Thời gian hậu phẫu	13 ± 3	12 - 16

16/16 trường hợp vạt tạo hình sống, không có trường hợp nào hoại tử toàn bộ vạt. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 13 ngày.

3.4. Đánh giá phục hồi chức năng, thẩm mỹ sau phẫu thuật

Bảng 4: Đánh giá chức năng và thẩm mỹ sau mổ

Chức năng nói		
Nói khó	0	0%
Nói được (người ngoài nghe được)	2	12.5%
Nói bình thường	14	87.5%
Chức năng ăn, nuốt		
Không ăn được	0	0%
Ăn đồ lỏng	1	6.25%
Ăn đồ đặc, sệt	12	75.0%
Ăn cơm bình thường	3	18.75%
Tính thẩm mỹ vùng mặt		
Biến dạng nhẹ	1	6.25%
Bình thường	15	93.75%

100% bệnh nhân nói được trong đó 87.5% bệnh nhân nói bình thường. 100% bệnh nhân ăn nuốt được, trong đó 75% bệnh nhân ăn đồ đặc sệt, chỉ có 18.75% bệnh nhân ăn được cơm tại thời điểm ra viện. Vạt rãnh mũi má cho kết quả tốt về thẩm mỹ, chỉ có 01 trường hợp biến dạng mặt nhẹ.

Bảng 5: Đánh giá chức năng và thẩm mỹ sau mổ 3 tháng (n = 15)

Chức năng nói		
Nói khó	0	0%
Nói được (người ngoài nghe được)	0	0%
Nói bình thường	15	100%
Chức năng ăn, nuốt		
Không ăn được	0	0%
Ăn đồ lỏng	0	0%
Ăn đồ đặc, sệt	0	0%
Ăn cơm bình thường	15	100%
Tính thẩm mỹ vùng mặt		
Biến dạng nhẹ	0	0%
Bình thường	15	100%

100% bệnh nhân nói được trong đó 87.5% bệnh nhân nói bình thường. 100% bệnh nhân ăn nuốt được, trong đó 75% bệnh nhân ăn đồ đặc sệt, chỉ có 18.75% bệnh nhân ăn được cơm tại thời điểm ra viện. Vạt rãnh mũi má cho kết quả tốt về thẩm mỹ, chỉ có 01 trường hợp biến dạng mặt nhẹ. Sau thời gian quan sát 03 tháng, tất cả bệnh nhân đều nói rõ, ăn cơm bình thường và tính thẩm mỹ được đảm bảo.

3.5. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật

Bảng 6: Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật

Điều trị bổ trợ	n	%
Không	6	37.5
Xạ bổ trợ	8	50
Hoá xạ trị bổ trợ	2	12.5

Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật được điều trị bổ trợ, có 37.5% bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ ra viện theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 16 bệnh nhân phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình sử dụng vật rãnh mũi má. Trong đó, có 10 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình 58.8 tuổi. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện bệnh ở giai đoạn còn sớm, với T1-2 chiếm 87.5% và N0 chiếm 81.25%, vị trí u thường gặp là môi và má.

So với tác giả Nguyễn Hồng Nhung khi báo cáo các đặc điểm của bệnh nhân ung thư khoang miệng, kết quả của chúng tôi có một số khác biệt, nam giới chiếm 75.4%, tuổi trung bình là 52.1 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn III, IV chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 27.2% và 13.2%, vị trí hay gặp chủ yếu ở lưỡi và sàn miệng². Sở dĩ có sự khác biệt đó do nghiên cứu chúng tôi chỉ chọn những trường hợp được phẫu thuật có tạo hình, còn tác giả Nguyễn Hồng Nhung đưa tất cả bệnh nhân ung thư khoang miệng vào nghiên cứu.

4.1. Đặc điểm phẫu thuật

Vật rãnh mũi má là một vật da ưu điểm về màu sắc, chất liệu, sức sống tốt, linh hoạt, đa dạng và seoi nơi cho vật kín đáo trùng với nếp rãnh mũi má trên mặt. Kỹ thuật tạo hình cho phép tạo hình một thì và thời gian phẫu thuật ngắn, thích hợp với bệnh nhân ung thư biểu mô khoang miệng vốn có thể trạng không tốt. Phương pháp cho kết quả tốt, độ an toàn cao và chi phí thấp. Cần lưu ý lựa chọn bệnh nhân đúng đối tượng để có kết quả tốt nhất, đảm bảo lợi ích cho bệnh nhân. Vật có cuống mạch từ động mạch góc, một nhánh tận lớn của động mạch mặt, với khuyết hồng lấy vật trùng với nếp da rãnh mũi má cho kết quả thẩm mỹ tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước vật trung bình chiều dài 58.6 ± 6.5 mm, chiều rộng 30.8 ± 3.8 mm, thời gian lấy vật trung bình 25 ± 5 phút. Nhìn chung, vật rãnh mũi

má linh động về kích thước phù hợp với tổn thương cắt bỏ, trong số bệnh nhân nghiên cứu, vật được lấy có chiều dài 50 – 60mm, đảm bảo về thẩm mỹ sau cắt rộng rãi u vùng khoang miệng. Mặc dù kích thước vật vừa và nhỏ, nhưng cũng đủ che phủ được các trường hợp khuyết hồng sau cắt bỏ ung thư tới diện cắt R0. Như trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng chủ yếu là phương pháp cắt rộng u tới diện cắt R0, tạo hình và có kèm nạo vết hạch cổ chọn lọc trước đó.

Ngoài vật rãnh mũi má, vật dưới cằm cũng là một lựa chọn tốt để tái tạo khuyết hồng khoang miệng sau phẫu thuật, tuy nhiên lấy vật dưới cằm sẽ phức tạp hơn so với lấy vật rãnh mũi má cũng như khi chuyển vật lên niêm mạc má sẽ có quãng đường chuyển vật xa hơn so với vật rãnh mũi má. Tuy nhiên sử dụng vật dưới cằm sẽ thu được vật có kích thước lớn hơn và nhiều tác giả trong nước cũng đã báo cáo cho kết quả rất tốt^{3,4,5}.

4.2. Kết quả sớm sau mổ

Chúng tôi phân tích trạng thái của vật dựa trên hiện tượng vật sống, hoại tử hoàn toàn hay hoại tử một phần. Vì vậy, chúng tôi lấy kết quả này làm đại diện để so sánh với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 16/16 trường hợp vật tạo hình sống, không ghi nhận trường hợp bệnh nhân hoại tử vật. Điều này cho thấy vật rãnh mũi má có sức sống rất tốt với kích thước vật thiết kế hợp lý, thao tác nhẹ nhàng, ít ảnh hưởng mô, chân vật rộng rãi, đường hầm không chèn ép cuống vật. Thời gian hậu phẫu trung bình là 13 ngày tương ứng với thời gian vật hồi phục và rút sonde dạ dày. Chúng tôi để thời gian hậu phẫu kéo dài do chưa có nhiều kinh nghiệm, những bệnh nhân này chúng tôi chờ tới khi vật da sống tốt, bệnh nhân quen dần vật da chúng tôi mới tiến hành rút sonde dạ dày cho bệnh nhân tập ăn.

Các tác giả sử dụng vật dưới cằm để tái tạo khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư khoang miệng cũng nhiều báo cáo, trong đó tỷ lệ vật dưới cằm bị hoại tử một phần và hoại tử toàn bộ được ghi nhận^{3,5,6}. Sở dĩ như vậy theo chúng tôi là do vật dưới cằm các tác giả lấy kích thước lớn nên cấp máu sẽ không được tốt cũng như cuống mặt có thể bị ảnh hưởng trong quá trình nạo vét hạch. Một lý do nữa là số lượng bệnh nhân chúng tôi thực hiện đang ít (16 trường hợp) nên có thể chưa ghi nhận tình trạng hoại tử vật.

4.3. Đánh giá phục hồi chức năng, thẩm mỹ sau phẫu thuật

Trong phẫu thuật ung thư khoang miệng, mục tiêu lý tưởng là phẫu thuật cắt bỏ u rộng rãi, nhưng cần đảm bảo về tính thẩm mỹ và chức năng sau mổ. Bảo tồn chức năng nói và nuốt là cần thiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống sau này của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều nói được sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân nói được trong đó 87.5% bệnh nhân nói bình thường, 100% bệnh nhân ăn nuốt được, trong đó 75% bệnh nhân ăn đồ đặc sệt, chỉ có 18.75% bệnh nhân ăn được cơm tại thời điểm ra viện. Vật rãnh mũi má cho kết quả tốt về thẩm mỹ, chỉ có 01 trường hợp biến dạng mặt nhẹ. Sau thời gian quan sát 03 tháng, tất cả bệnh nhân đều nói rõ, ăn cơm bình thường và tính thẩm mỹ được đảm bảo.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tình trạng chức năng của bệnh nhân rất tốt, một phần là do vật rãnh mũi má có thể tích trung bình phù hợp với khuyết hồng cắt bỏ, đồng thời quá trình niêm mạc hóa biểu mô diễn ra nhanh, các tổ chức mỡ thừa được loại bỏ nên giúp chức năng khoang miệng được đảm bảo. Bệnh nhân chúng tôi đa phần là bệnh nhân lớn tuổi, da mặt giãn kèm theo đó tạo nơi cho vật trùng rãnh mũi má nên tính thẩm mỹ rất tốt.

4.4. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 62.5% bệnh nhân được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, với xạ trị hoặc hoá xạ trị. Với những trường hợp giai đoạn sớm, sau khi bệnh nhân được tư vấn theo dõi và tái khám định kỳ theo hẹn, đến nay chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát. Theo tác giả Nguyễn Xuân Hùng, trong nhóm đối tượng nghiên cứu về ung thư khoang miệng, phẫu thuật kể cả tạo hình là điều trị bước đầu, sau phẫu thuật cần phối hợp điều trị bổ trợ để nâng cao chất lượng điều trị⁷.

V. KẾT LUẬN

Như vậy, trong phẫu thuật ung thư khoang miệng, vật rãnh mũi má là chất liệu an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp, đi kèm với kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt. Đây là kỹ thuật có tỷ lệ thành công cao, đồng thời là lựa chọn phẫu thuật lý tưởng cho các khuyết hồng trong khoang miệng kích thước từ nhỏ đến trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Caudell JJ, Gillison ML, Maghami E, et al.** NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2022. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. Mar 2022;20(3):224-234. doi:10.6004/jnccn.2022.0016
2. **Nguyễn Hồng Nhung, Lê Văn Sơn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ung thư khoang miệng. Tạp chí y học Việt Nam. 2022;Tập 510, tháng 01, số 01:33-36.
3. **Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy, Lê Thế Đường, Ngô Xuân Quý.** Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng khoang miệng bằng vật dưới cằm trong điều trị phẫu thuật ung thư khoang miệng. Tạp chí y học Việt Nam 2021;Tập 498, tháng 01, số 02 173-177.
4. **Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Văn Khánh, Trần Nhật Huy.** Ứng dụng các vật da cơ

có cuống trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô khoang miệng tại bệnh viện trung ương Huế. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2023;số 85:80-88.

5. **Lê Ngọc Sơn, Đặng Triệu Hùng.** Kết quả bước đầu trong tái tạo tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cằm. Tạp chí nghiên cứu y học. 2021;147 (11):110-116.
6. **Nguyễn Quang Đức, Lê Diệp Linh.** Kết quả phẫu thuật tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư

lưỡi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2023;Tập 18 - Số 3/2023:135-144. doi:DOI: <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i3.1823>

7. **Nguyễn Xuân Hùng, Trần Nhật Huy, Trần Hữu Phúc, Võ Thế Nam An, Nguyễn Tự, Lương Thị Vân Thảo.** Phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hồng bằng vật dưới cằm. Tạp chí y học lâm sàng. 2021; Số 74/2021:121-126. doi:DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.18

GỠ ĐƠN THUẦN CỬ BÉ XƯƠNG CÁNH TAY: XEM LẠI Y VĂN VÀ BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

**Hồ Mẫn Trường Phú¹, Nguyễn Thanh Long¹,
Trần Thanh Đạt¹, Nguyễn Anh Huy¹**

TÓM TẮT.

Gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay là một chấn thương hiếm gặp, thường bị chẩn đoán nhầm hoặc bỏ sót do các triệu chứng lâm sàng không điển hình và các trường hợp y văn chủ yếu ghi nhận các ca bệnh riêng lẻ. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày ca lâm sàng gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay đi kèm với trật khớp cùng đòn cùng bên. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật mở và cố định bên trong. Quá trình hồi phục chức năng của bệnh nhân được đánh giá sau một tháng và ba tháng phẫu thuật, với kết quả khả quan về sự phục hồi biên độ vận động của khớp vai. Nghiên cứu này nhằm mục

đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay, đồng thời đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật mở và cố định bên trong (ORIF) trong việc điều trị và phục hồi chức năng vai. Chúng tôi cũng xem xét lại các tài liệu y văn để đối chiếu và làm sáng tỏ các cơ chế chấn thương, các lựa chọn điều trị hiện tại, cũng như đề xuất các khuyến nghị cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu trong tương lai.

Từ khóa: gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay.

SUMMARY

ISOLATED FRACTURE OF THE LESSER TUBEROSITY OF THE HUMERUS: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Isolated fractures of the lesser tuberosity of the humerus are rare injuries, often misdiagnosed or overlooked due to atypical clinical symptoms, with most literature reports limited to isolated case studies. In this report, we present a clinical case of

¹Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Long
SĐT: 0934935985

Email: thanhlong661988@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

an isolated fracture of the lesser tuberosity of the humerus accompanied by ipsilateral acromioclavicular joint dislocation. The patient was treated using open reduction and internal fixation (ORIF). The patient's functional recovery was assessed at one month and three months post-surgery, showing positive outcomes in terms of shoulder joint range of motion restoration. This study aims to describe the clinical and imaging characteristics of isolated fractures of the lesser tuberosity and evaluate the effectiveness of ORIF in treating this injury and facilitating shoulder rehabilitation. We also review the existing literature to compare and clarify injury mechanisms, current treatment options, and propose recommendations for clinical practice and future research.

Keywords: isolated fracture of the lesser tuberosity of the humerus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay là một loại chấn thương hiếm gặp và thường bị bỏ sót trong quá trình chẩn đoán lâm sàng do các triệu chứng không điển hình và sự khó khăn trong việc nhận biết trên hình ảnh học [1]. Theo thống kê, tỷ lệ gặp phải gãy củ bé trong các trường hợp trật khớp vai ra sau chỉ chiếm khoảng 0,6 trên 100.000 người mỗi năm [2], khiến cho việc nghiên cứu và hiểu biết về chấn thương này còn hạn chế. Sự khó khăn trong chẩn đoán, đặc biệt là ở giai đoạn chấn thương cấp tính, có thể dẫn đến các biến chứng như đau vai mạn tính và mất chức năng vận động của khớp vai nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời [3].

Trong bối cảnh y văn, các báo cáo về gãy củ bé thường liên quan đến các chấn thương phức tạp hơn, bao gồm gãy hai hoặc ba mảnh của đầu trên xương cánh tay, điều này làm

cho các trường hợp gãy đơn thuần củ bé càng thêm đặc biệt và hiếm gặp [3]. Trường hợp đầu tiên của gãy đơn thuần củ bé được báo cáo bởi Hartigan và cộng sự vào năm 1985 [1], mở ra hướng nghiên cứu mới về cơ chế và phương pháp điều trị chấn thương này. Mặc dù nguyên nhân gây ra gãy củ bé có thể là do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp, cơ chế phổ biến nhất được ghi nhận là do sự căng cơ dưới vai khi vai bị dạng và xoay ngoài, dẫn đến tình trạng kéo giật củ bé ra khỏi vị trí giải phẫu [4].

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu làm sáng tỏ hơn các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay, đồng thời đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị mổ mở cố định bên trong (ORIF) trong việc phục hồi chức năng vận động khớp vai cho bệnh nhân. Việc hiểu rõ hơn về chẩn đoán và điều trị loại chấn thương này không chỉ có ý nghĩa khoa học mà còn mang lại giá trị thực tiễn trong lâm sàng, đặc biệt trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

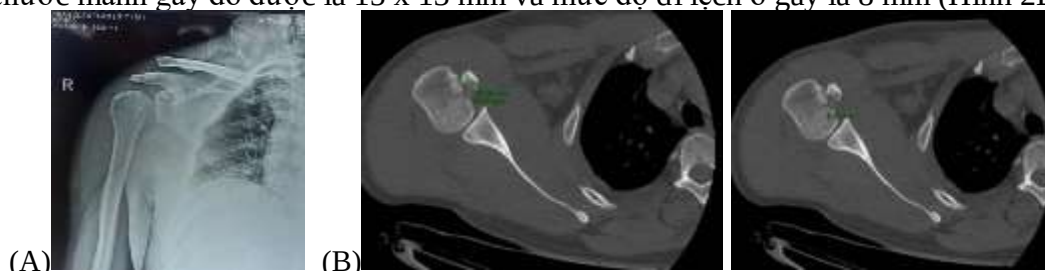
II. BÁO CÁO CA BỆNH LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 31 tuổi, nhập viện với triệu chứng đau vai phải sau khi té ngã từ độ cao 1,5m, trong tư thế tay phải bị dạng và xoay ngoài khi chạm đất. Qua thăm khám lâm sàng, bệnh nhân có các dấu hiệu như đau vai phải, điểm đau chói tại đầu trên xương cánh tay, bầm tím ở mặt trong đầu trên xương cánh tay phải, biến dạng gồ lên tại vị trí khớp cùng đòn phải, dấu hiệu phím đàn dương tính. Khám biên độ vận động cho thấy bệnh nhân có hạn chế trong các động tác gấp cánh tay ra trước 90°, dạng 80°, xoay ngoài bình thường, và xoay trong 40°.



Hình 1: Hạng chế biên độ khớp vai phải sau chấn thương

Hình ảnh phim X-quang thẳng cho thấy dấu hiệu trật khớp cùng đòn phải rõ ràng, tuy nhiên, có một điểm sáng bất thường khó phát hiện tại vị trí củ bé xương cánh tay (Hình 2A). Bệnh nhân được chỉ định chụp CT scan vai phải, kết quả cho thấy ổ gãy tại củ bé xương cánh tay với kích thước mảnh gãy đo được là 15 x 13 mm và mức độ di lệch ổ gãy là 8 mm (Hình 2B).



Hình 2 (A): Điểm sáng bất thường tại vị trí củ bé xương cánh tay trên X quang, (B): Ổ gãy tại củ bé xương cánh tay trên CT khớp vai

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mổ mở với tư thế nằm “beach chair” (dưới 45 độ), tiếp cận ổ gãy bằng hai đường mổ: đường thứ nhất phía trên khớp cùng đòn để cố định khớp cùng đòn bằng nẹp móc kèm khâu tái tạo dây chằng cùng đòn, đường thứ hai tiếp cận ổ gãy củ bé xương cánh tay qua đường deltopectoral (Hình 3).



Hình 3: Tư thế bệnh nhân

Trong quá trình phẫu thuật, quan sát thấy mảnh gãy củ bé đã bị nhô ra xa khỏi vị trí giải phẫu, phẫu tích tiếp theo phát hiện đầu dài gân cơ nhị đầu bị trật ra khỏi rãnh nhị đầu và kẹt vào vị trí ổ gãy. Bác sĩ tiến hành kéo đầu dài gân cơ nhị đầu về lại rãnh gân nhị đầu và cố định mảnh gãy củ bé vào đúng vị trí giải phẫu bằng vít xóp (Hình 4).



Hình 4: Bộc lộ ổ gãy và cố định lại củ bé xương cánh tay

Phim X-quang sau phẫu thuật cho thấy các ổ gãy đã được cố định tốt vào vị trí giải phẫu ban đầu (Hình 5A). Bệnh nhân được bất động trong 3 tuần và bắt đầu tập phục hồi chức năng vào tuần thứ 4. Khi tái khám sau 3 tháng, hình ảnh X quang cho thấy các ổ gãy đã liền xương và phục hồi tốt biên độ vận động của khớp vai (Hình 6).



(A)

(B)

Hình 5: Hình ảnh X-quang các ổ gãy khớp vai sau mổ (A) và sau 3 tháng theo dõi (B)



Hình 6 : Biên độ vận động bệnh nhân sau 3 tháng

III. BÀN LUẬN

Gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay là một chấn thương hiếm gặp, với tỉ lệ chỉ khoảng 0,46 trường hợp trên 100.000 dân số [1]. Do tính chất hiếm có của chấn thương này, kinh nghiệm lâm sàng trong việc xử lý vẫn còn hạn chế. Qua khảo sát y văn, chúng tôi không tìm thấy báo cáo về loạt ca lâm sàng lớn, mà chỉ có các chuỗi ca lâm sàng nhỏ hoặc các báo cáo ca đơn lẻ.

Về mặt hình thái học, gãy củ bé xương cánh tay có thể được phân loại thành hai dạng chính dựa trên cơ chế chấn thương: chấn thương do lực trực tiếp và chấn thương do lực gián tiếp. Do kích thước nhỏ và vị trí bên trong của củ bé, gãy đơn thuần củ bé do lực trực tiếp là hiếm gặp. Do đó, phần lớn các tác giả cho rằng cơ chế chấn thương chủ yếu là do lực căng cơ [4]. Cơ chế chủ yếu là sự co lại mạnh của cơ dưới vai khi đối kháng với lực dạng và xoay ngoài của vai, ví dụ như trong các trường hợp té ngã từ trên cao, ngã mạnh ra phía sau, hoặc bị ném xuống đất như trong các trận đấu vật, tai nạn xe máy [1]. Ngoài ra, các cơ chế ít phổ biến hơn bao gồm cơ chế đột ngột không tự chủ sau cơn động kinh hoặc ở bệnh nhân tâm thần điều trị sốc điện, trật khớp vai ra sau cũng đã được báo cáo [5]. Nhóm đối tượng có nguy cơ cao gặp phải chấn thương này bao gồm các vận động viên và thanh thiếu niên chưa hoàn thiện sự phát triển của hệ xương, đặc biệt là những người thường xuyên thực hiện các hoạt động liên quan đến vai [1].

Về mặt lâm sàng, gãy cấp tính củ bé thường có các triệu chứng điển hình như: đau tại vị trí củ bé, giới hạn vận động chủ động khi xoay ngoài và khi dạng vai, tăng phạm vi xoay ngoài thụ động so với vai đối diện, và đau khi xoay trong vai. Các nghiệm pháp lâm sàng như nghiệm pháp LIFT-OFF dương tính, nghiệm pháp ép bụng, và dấu hiệu Napoleon có thể giúp xác định chính xác vị trí tổn thương. Khi thăm khám, bác sĩ nên kiểm tra

dấu hiệu bất thường của đầu dài gân cơ nhị đầu và đánh giá độ ổn định của khớp ổ chảo-cánh tay để loại trừ trật khớp vai đi kèm.

Như đã đề cập trước đó, gãy đơn thuần củ bé là rất hiếm và dễ bị bỏ sót, dẫn đến chẩn đoán chậm trễ có thể gây mất ổn định vai, teo cơ do không vận động và các triệu chứng chèn ép một vài năm sau chấn thương [5]. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể không đau nhưng mất khả năng vận động xoay chủ động khớp vai, giảm cơ lực của cơ dưới vai, và một vài trường hợp có thể làm tăng cơ lực của các cơ xoay ngoài. Gãy củ bé xương cánh tay có thể bị bỏ sót nếu chỉ dựa vào phim X-quang thông thường ở tư thế trước sau hoặc tư thế xương bả vai, đặc biệt là với các mảnh xương nhỏ, di lệch tối thiểu. Để chẩn đoán chính xác hơn, cần thực hiện X-quang ở tư thế nghiêng nách (axillary view). Trong trường hợp mảnh xương gãy lớn và có sự di lệch đáng kể, mặc dù dễ nhận biết trên phim X-quang thông thường, nhưng có thể dẫn đến chẩn đoán nhầm lẫn với các tổn thương khác như tổn thương Bankart sau trật khớp vai. Nếu mảnh xương gãy di lệch đến vị trí dưới ổ chảo, có thể bị nhầm với viêm gân vôi hóa [3,5]. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) cung cấp hình ảnh chi tiết hơn về kích thước và mức độ di lệch của mảnh xương, giúp lập kế hoạch điều trị chính xác hơn. Siêu âm có vai trò bổ sung, cung cấp thông tin về tổn thương chóp xoay liên quan và trật hoặc bán trật gân cơ nhị đầu. Chụp cộng hưởng từ (MRI) có độ nhạy cao hơn trong việc phát hiện trật khớp vai liên quan đến khuyết ổ chảo hoặc xương cánh tay, hoặc để chẩn đoán gãy xương liên quan đến khối u ở trẻ em. Với gãy mạn tính, hình ảnh chẩn đoán có thể cho thấy quá trình liền xương và can xương. Trong báo cáo của chúng tôi, bệnh nhân có hạn chế xoay ngoài và dạng vai sau chấn thương, kèm theo cơn đau vùng trước vai tăng lên khi vận động. Bệnh nhân này thường bị đau khi ấn vào củ

bé và dương tính với nghiệm pháp cơ dưới vai. Hình ảnh CT scan cho thấy sự di lệch đáng kể của củ bé so với xương cánh tay.

Về phương diện điều trị, hiện vẫn còn nhiều tranh cãi trong việc điều trị gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay, bao gồm các lựa chọn giữa điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật, cũng như phương pháp phẫu thuật tối ưu. Các phương pháp điều trị chính bao gồm treo tay, mổ hở nắn chỉnh kết hợp xương bên trong (ORIF), nội soi kết hợp xương, và nắn kín qua da kết hợp xương bên trong [6].

Trong các trường hợp gãy xương cấp tính không di lệch của củ bé, phương pháp điều trị không phẫu thuật có thể mang lại kết quả khả quan. Việc sử dụng nẹp tay trong 6 đến 8 tuần, sau đó bệnh nhân được tập luyện phục hồi chức năng khi tháo nẹp, hầu hết đều tiên lượng tốt.

Chỉ định phẫu thuật bao gồm di lệch mảnh gãy > 5mm hoặc gập góc > 45°, giới hạn vận động, yếu rõ rệt trên lâm sàng, hoặc đau kéo dài [3]. Ogawa và cộng sự đã có nhiều nghiên cứu và khuyến cáo sử dụng phương pháp mổ hở cố định bên trong (ORIF) cho hầu hết các trường hợp, bất kể kích thước và sự dịch chuyển của mảnh xương để đạt hiệu quả tối ưu [4]. Một số khuyến cáo khác lại đề xuất phương pháp ORIF nên áp dụng cho các trường hợp gãy nhiều mảnh ở củ bé (Neer V) hoặc gãy có kèm theo trật khớp vai hoặc kẹt đầu dài của cơ nhị đầu [7]. Đường tiếp cận deltopectoral là tiêu chuẩn trong phẫu thuật gãy củ bé xương cánh tay [6]. Trong quá trình phẫu thuật, thường cần phải vận động cơ dưới vai và xử lý phần bám bị đứt để làm sạch các mô xơ dính. Cần đánh giá kỹ lưỡng thành giữa của rãnh gian củ để bảo tồn sự gắn kết của đầu dài gân cơ nhị đầu [6]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được điều trị theo phương pháp mổ hở cố định bên trong (ORIF). Sau 1 tháng phẫu thuật, bệnh nhân đã bắt đầu tập phục hồi chức năng và

sau 3 tháng bệnh nhân không còn cảm giác đau, cho thấy phương pháp điều trị này giúp bệnh nhân sớm quay lại hoạt động sinh hoạt, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống. Gần đây, phương pháp nội soi khớp được sử dụng cho các trường hợp gãy bong mấu động bé xương cánh tay đơn độc, với quy trình hai bước: nắn chỉnh kín và cố định bên trong [1]. Phương pháp này cho phép bệnh nhân cử động không đau và nhanh chóng trở lại với các môn thể thao cần sự linh hoạt của khớp vai như bóng chuyền, tennis...[9]. Phương pháp này có thể được chỉ định cho trường hợp bong mấu động bé đơn thuần có di lệch, mang lại kết quả lâm sàng và hình ảnh học tuyệt vời [7].

Một bài báo cáo gần đây tập trung vào việc điều trị bong mấu động bé ở thanh thiếu niên đã chứng minh rằng kết quả tốt đạt được sau cả phẫu thuật mở và nội soi, không có sự khác biệt đáng kể về mặt kết quả lâm sàng giữa hai phương pháp [8]. Lợi ích của các kỹ thuật nội soi so với mổ hở nắn chỉnh cố định bên trong bao gồm: không có dụng cụ xuyên qua mảnh xương bong, điều này có thể gây vỡ mảnh và mất khả năng cố định. Nội soi cũng ít xâm lấn hơn, dẫn đến sẹo sau phẫu thuật nhỏ hơn và lý thuyết là ít đau sau phẫu thuật hơn, với thời gian phục hồi chức năng ngắn hơn [8]. Một số tác giả cho rằng việc điều trị gãy củ bé xương cánh tay nên dựa vào thời gian gãy, chia thành: cấp tính và mạn tính. Ogawa khuyến cáo nên can thiệp ở bệnh nhân gãy xương cấp tính, trong khi đối với bệnh nhân gãy xương mạn tính, nên chọn phương pháp điều trị bảo tồn [4].

IV. KẾT LUẬN

Gãy củ bé xương cánh tay là một chấn thương hiếm gặp nên đòi hỏi sự chẩn đoán chính xác và kịp thời, CT Scan được khuyến cáo khi có nghi ngờ trên hình ảnh Xquang, việc hiểu rõ và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho gãy củ bé xương cánh tay là

rất quan trọng. Sự tiếp tục nghiên cứu và cập nhật các hướng dẫn lâm sàng là cần thiết để tối ưu hóa kết quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu, G. B., Wang, S. Q., Wen, S. W., & Yu, G. R. (2014). Isolated avulsion fractures of lesser tuberosity humerus: a case report and review of the literature. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*.
2. Kotsalis G, Georgountzos A, Kechagias I, et al. (January 15, 2024) Irreducible Posterior Shoulder Dislocation With Concomitant Fracture of Both the Greater and Lesser Tuberosity: An Extremely Rare Shoulder Injury. *Cureus* 16(1): e52312. doi:10.7759/cureus.52312
3. Jaya TS, Hadizie D, Muzaffar TMS (2019) Isolated Avulsion Fracture Lesser Tuberosity of the Humerus, a Rare Presentation Post Seizure. *Trauma Cases Rev* 5:078. doi.org/10.23937/2469-5777/1510078
4. Ogawa, K., & Takahashi, M. (1997). Long-term outcome of isolated lesser tuberosity fractures of the humerus. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 42(5), 955-959.
5. Lik-Hang Hung, Kwong-Yin Chung, Ning Tang, Kwok-Sui Leung, Isolated Avulsion Fracture of the Lesser Tuberosity of the Humerus: Case Report and Literature Review, *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation*, Volume 16, Issue 2, 2012, Pages 78-81, ISSN 2210-4917.
6. Gruson, K. I., Ruchelsman, D. E., & Tejwani, N. C. (2008). Isolated tuberosity fractures of the proximal humerus: current concepts. *Injury*, 39(3), 284-298.
7. Scheibel, M., Martinek, V., & Imhoff, A. B. (2005). Arthroscopic reconstruction of an isolated avulsion fracture of the lesser tuberosity. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 21(4), 487-494.
8. Cregar, W. M., MacLean, I. S., Verma, N. N., & Trenhaile, S. W. (2018). Lesser Tuberosity Avulsion Fracture Repair Using Knotless Arthroscopic Fixation. *Arthroscopy Techniques*. doi:10.1016/j.eats.2018.04.015

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Thị Kiều Anh¹, Nguyễn Đặng Hiền Thương¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue ở trẻ tại khoa Bệnh Nhiệt đới

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

SĐT: 0912584133

Email: bsckieuanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 150 trẻ được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết tại BV Sản nhi Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả: Thời gian điều trị trung bình là 5,8 ngày; Tất cả bệnh nhi sốt sốt xuất huyết Dengue được truyền khối tiêu cầu và truyền dịch cao phân tử trong đó có 3/7 bệnh nhi phải truyền khối tiêu cầu lần 2, tỷ lệ tiểu cầu trung bình sau truyền máu lần 2 tăng

$35 \pm 21,86 \times 10^9/l$ lên $54 \pm 16,46 \times 10^9/l$, không có trường hợp nào phải truyền khối tiểu cầu lần 3; Tỷ lệ sử dụng thuốc hạ sốt là 78,7%. Bù dịch bằng Oresol chiếm 99,3%, đường truyền tĩnh mạch là 32,7%; Kết quả quá trình điều trị có 3,3% trẻ diễn biến nặng chuyển đơn vị hồi sức cấp cứu và không ghi nhận trường hợp nào tử vong. 100% trẻ ổn định xuất viện. **Kết luận:** Phát hiện và điều trị sớm sốt xuất huyết Dengue giai đoạn chưa có biểu hiện lâm sàng hoặc biểu hiện mức độ nhẹ, tập trung điều trị bù nước và điện giải bằng truyền dịch kết hợp đường uống; điều trị triệu chứng hạ sốt, giảm đau, hạn chế thâm thẩu thành mạch thoát huyết tương gây sốc giảm thể tích, hạn chế nguy cơ dẫn đến trụy tim mạch, sốc suy tạng nặng hay xuất huyết nặng.

Từ khóa: Bệnh sốt xuất huyết Dengue trẻ em, sốt xuất huyết.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN CHILDREN AT NGHE AN OBSTRUCTIONS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes of Dengue fever in children at the Department of Tropical Diseases, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital, during 2022-2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted. **Results:** The study included 150 children diagnosed with Dengue fever at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. Data were collected through clinical examination and pre-designed medical records. The average treatment duration was 5.8 days. All children with Dengue shock syndrome received platelet transfusion and high molecular weight fluid therapy, with 3 out of 7 requiring a second platelet transfusion. The average platelet count after the second transfusion increased from $35 \pm 21.86 \times 10^9/L$ to $54 \pm 16.46 \times 10^9/L$, with

no cases requiring a third transfusion. The rate of antipyretic use was 78.7%, while 99.3% of patients received oral rehydration therapy with Oresol, and 32.7% required intravenous fluid therapy. Of the children treated, 3.3% developed severe symptoms and were transferred to the intensive care unit, with no reported deaths. All patients were discharged in stable condition.

Conclusion: Early detection and treatment of Dengue fever in the asymptomatic or mild phase, with a focus on fluid and electrolyte replacement through oral and intravenous methods, as well as symptomatic treatment (antipyretics, pain management), can prevent complications such as vascular permeability, plasma leakage, hypovolemic shock, cardiovascular collapse, severe organ failure, and hemorrhage.

Keywords: Dengue fever in children, Dengue fever

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm do virus Dengue gây nên và lây truyền chủ yếu do muỗi *Aedes aegypti*. Bệnh cảnh lâm sàng của SXHD rất phức tạp và đa dạng từ SXHD, sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo (SXHDCHCB) và sốt xuất huyết Dengue nặng (SXHDN) tùy theo tuổi, tình trạng bệnh lý sẵn có, chủng loại virus...[1]. Bệnh cảnh LS có thể thay đổi từ người này sang người khác; từ không triệu chứng đến sốc, xuất huyết nặng, suy cơ quan và có trường hợp tử vong, diễn tiến của bệnh khó tiên đoán trước.

Cho đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có biện pháp điều trị ngăn chặn bệnh diễn tiến nặng và chưa có điều trị đặc hiệu. Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời, tuy

nhiên là bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng và khó dự đoán. Bệnh có thể nặng với sốc giảm thể tích do thoát huyết tương, có khả năng dẫn đến trụy tim mạch, sốc suy tạng nặng hay xuất huyết nặng, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể dẫn tới tử vong, đặc biệt là ở trẻ em. Với mong muốn phát hiện sớm, điều trị kịp thời, hạn chế biến chứng, giảm tỉ lệ tử vong, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An”** với mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue ở trẻ tại khoa Bệnh Nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2023. Từ đó có một cách nhìn khái quát hơn về bệnh để có thể phát hiện sớm, điều trị sớm và giảm được nguy cơ tăng nặng của bệnh cũng như giảm chi phí điều trị trong cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 150 bệnh nhi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị SXHD tại Khoa Bệnh nhiệt đới - BV Sản Nhi Nghệ An từ tháng 5/2022 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SXHD của BHYT năm 2019[2].

Tiêu chuẩn loại trừ: không đồng ý tham gia nghiên cứu; có các bệnh lý đi kèm: bệnh về máu, bệnh tim bẩm sinh, xơ gan, viêm gan mạn, bệnh mạn tính, bệnh nhiễm trùng cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: bệnh nhân nhi đủ điều kiện được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện, đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó, n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% Z= 1,96; p: Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết của Việt Nam theo khảo sát của WHO là (2017) p= 0,005 [2]; d: Sai số tuyệt đối cho phép d= 4%. Cỡ mẫu tính được: n= 119. Trong thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 150 bệnh nhân.

2.2.3. Các tiêu chuẩn áp dụng

Nhóm đặc điểm ĐTNC: tuổi, mức độ nặng khi nhập viện.

Nhóm biến điều trị: thuốc hạ sốt, Oresol, dịch truyền, dịch ưu trương, khỏi tiểu cầu,..., kết quả điều trị, thời gian điều trị.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Bộ câu hỏi thiết kế sẵn, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học quy định trong Thông tư 04/2020/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

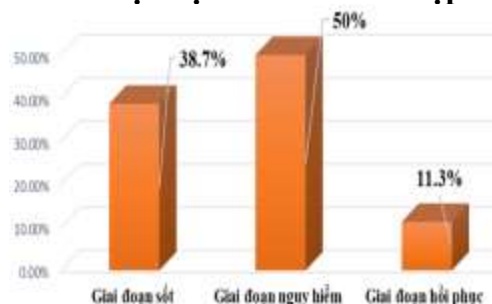
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu 3.1. Bảng phân bố bệnh nhi theo tuổi (n=150)

Sốt xuất huyết Dengue gặp ở tất cả nhóm tuổi ở trẻ em, nhỏ nhất là 3 tháng, cao nhất là 16 tuổi.

- Giai đoạn bệnh SXHD lúc nhập viện



Biểu đồ 3.2. Giai đoạn lúc nhập viện

Nhận xét: Giai đoạn bệnh tại thời điểm nhập viện gặp chủ yếu là giai đoạn nguy hiểm có tỷ lệ là 50% và giai đoạn sốt có tỷ lệ là 38,7%.

3.2. Chẩn đoán mức độ nặng sốt xuất huyết Dengue

Bảng 3.1. Chẩn đoán mức độ nặng sốt xuất huyết Dengue

Chẩn đoán	n	%
SXHD	77	51,3
SXHD có dấu hiệu cảnh báo	66	44,0
SXHD nặng	7	4,7

SXHD chiếm tỷ lệ 51,3%; SXHD có dấu hiệu cảnh báo chiếm 44,0% ; 4,7% SXHD nặng có biểu hiện sốc..

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Các thuốc điều trị sốt xuất huyết Dengue ở đối tượng nghiên cứu

Thuốc điều trị	SXHD (n=77)		SXHD có DHCB + SXHD nặng (n=73)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Thuốc hạ sốt	55	36,7	63	42,0	118	78,7
Bù dịch bằng Oresol	73	48,7	76	50,6	149	99,3
Truyền dung dịch đẳng trương	21	14,0	28	18,7	49	32,7
Truyền cao phân tử	0	0	7	100	7	4,7
Truyền khối tiểu cầu	0	0	7	100	7	4,7

Tỷ lệ 78,7% trường hợp dùng thuốc hạ sốt; 99,3% được bù dịch điện giải bằng đường uống Oresol; bằng đường truyền là 32,7%. 100% nhóm SXHD nặng có chỉ định truyền dung dịch cao phân tử và truyền khối tiểu cầu.

Bảng 3.3. Thay đổi CTM ở bệnh nhi sau truyền khối tiểu cầu (n=7)

Số lượng tiểu cầu ($\times 10^9/L$)	Trước khi truyền khối tiểu cầu		Truyền khối tiểu cầu lần 1		Truyền khối tiểu cầu lần 2 (n=3)	
	n	%	n	%	n	%
< 50	7	100	5	71,4	1	33,3
50 - < 100	0	0	2	28,6	2	66,7
Trung bình $\pm$ SD	5,86 $\pm$ 10,71		35 $\pm$ 21,86		54 $\pm$ 16,46	

7/150 TH truyền khối tiểu cầu lần 1; 3/7 TH truyền khối tiểu cầu lần 2.

Bảng 3.4. Thời gian điều trị bệnh SXHD (n=150)

Thời gian điều trị (ngày)	n	%
<5 ngày	39	26,0
5 -7 ngày	86	57,3
> 7 ngày	25	16,7
Tổng	150	
Trung bình (ngày)	5,8 $\pm$ 2,1	

Thời gian điều trị trung bình là 5,8 ngày, khoảng thời gian 5 - 7 ngày có tỷ lệ cao nhất với 57,3%.



Biểu đồ 3.3. Kết quả điều trị bệnh SXHD

Có 3,3% trẻ diễn biến nặng lên chuyển hồi sức cấp cứu.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: SXHD gặp ở tất cả các lứa tuổi, tuổi trung vị là 8,0 (4,0-11,0); trong đó nhỏ nhất là 3 tháng tuổi, tuổi lớn nhất là 16 tuổi (biểu 3.1). Giai đoạn bệnh tại thời điểm nhập viện gặp chủ yếu là giai đoạn nguy hiểm có tỷ lệ là 50% và giai đoạn sốt có tỷ lệ là 38,7% (biểu 3.2). Chủ yếu đến viện khi trẻ ở giai đoạn nặng và có các dấu hiệu nguy hiểm.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 77 bệnh nhi SXHD chiếm 51,3%; có 66 bệnh nhi SXHD có dấu hiệu cảnh báo chiếm 44% và 07 bệnh nhi SXHD nặng chiếm tỷ lệ 4,7%; trong đó có 07 bệnh nhi sốc chiếm tỉ lệ 4,7% (bảng 3.1). Nghiên cứu của Tewari và cs (2018) ghi nhận tỉ lệ sốt xuất huyết Dengue nặng lần lượt là 10,5% và 8,2%; các kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể được giải thích vì Ấn Độ và Brazil là một trong những điểm nóng của sốt xuất huyết Dengue được WHO công bố, là những thành phố có mật độ dân số cao, điều kiện sống, sinh hoạt còn khó khăn [3]. Tác giả Nguyễn Mậu Thạch (2022) khi nghiên cứu trên 265 bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue ghi nhận có 2,6% bệnh nhi sốc SXHD [4]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và phù hợp với ghi nhận của y văn. Sốc sốt xuất huyết Dengue thường xảy ra sau sốt vài ngày, có thể từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7, chủ yếu vào ngày thứ 4-6 (2-3 ngày cuối của giai đoạn sốt cao và vào ngày nhiệt độ giảm). Sốc thường chỉ kéo dài 1-2 ngày. Bệnh nhi có thể tử vong sau 12-24 giờ do sốc không hồi phục dẫn đến nhiễm toan chuyển hóa, suy thận cấp, xuất huyết thứ phát do đông máu rải rác nội mạch; nếu điều trị sốc sớm và hiệu lực, bệnh nhi thường thoát sốc nhanh. Tiên lượng phụ thuộc vào việc phát hiện sớm sốc và xử trí kịp thời từ thời kỳ tiền sốc

Điều trị SXHD ưu tiên vào 2 mục tiêu là hạ sốt và điều trị hỗ trợ bằng cách bù dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2), tỷ lệ bệnh nhi được chỉ định sử dụng thuốc hạ sốt và bù dịch bằng đường truyền dung dịch đẳng trương đều chiếm tỷ lệ khá cao tương ứng là 78,7% và 32,7%, kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Anh Vy (2020) [5]. Số bệnh nhi được bù dịch bằng đường uống oresol có tỷ lệ là 99,3%. SXHD làm tăng tính thấm mao mạch, với hậu quả thoát huyết tương ra ngoài khoang dịch kẽ với lượng lớn, là nguyên nhân của tình trạng cô đặc máu. Việc truyền dung dịch đẳng trương giúp làm tăng thể tích tuần hoàn mà ít gây ra các tác dụng phụ. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhi sử dụng hạ sốt và bù dịch giữa nhóm SXHD và SXHD có DHCB + SXHD nặng. Truyền cao phân tử chiếm tỷ lệ nhỏ là 4,7% và chỉ có ở nhóm SXHD nặng (07 bệnh nhi sốc SXHD). Chỉ định truyền cao phân tử theo phác đồ điều trị của bộ y tế ở bệnh nhi sốc SXHD phù hợp với tình trạng của bệnh nhi.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 7 trường hợp biểu hiện sốc sốt xuất huyết Dengue và được chỉ định truyền khối tiểu cầu đều có số lượng tiểu cầu $<50 \times 10^9/l$, số lượng tiểu cầu nhỏ nhất chỉ có $4 \times 10^9/l$. Sau truyền khối tiểu cầu lần 1, số lượng tiểu cầu trung bình tăng từ $15,86 \pm 10,7$ lên $35 \pm 21,86$ so với trước khi truyền. Có 04 bệnh nhi đáp ứng tốt và đạt mục tiêu số lượng tiểu cầu sau khi truyền (bảng 3.3). Có 03 bệnh nhi sau khi truyền, mục tiêu số lượng tiểu cầu không đạt và phải truyền khối tiểu cầu lần 2. Sau truyền lần 2, trung bình số lượng tiểu cầu tăng từ $35 \pm 21,86$ lên $54 \pm 16,46$ và dần tăng lên sau các ngày điều trị. Không có trường hợp nào truyền máu lần 3 [2].

Số ngày nằm viện trung bình là 5,8 ngày (bảng 3.4), trong đó số bệnh nhi nằm viện từ 5 - 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,3%; số ngày nằm viện < 5 ngày và > 7 ngày lần lượt có tỷ lệ 26,0% và 16,7%. Theo tác giả Kim Seng Long (2010), nghiên cứu 245 bệnh nhi nhập viện vì sốt xuất huyết ghi nhận rằng số ngày nằm viện trung bình $4,16 \pm 2,62$ ngày, bệnh nhi nằm viện 2 - 4 ngày chiếm 57,6% và có 11,4% bệnh nhi nằm viện lâu hơn 7 ngày trong đó có 2 bệnh nhi nằm viện 15 và 21 ngày. Số ngày nằm viện của 2 nhóm sốt Dengue và SXHD không có sự khác biệt có ý nghĩa [6].

Kết quả quá trình điều trị đa số các bệnh nhi diễn tiến tốt, có 96,7% trường hợp điều trị ổn định và ra viện; 3,3% trường hợp bệnh nhi diễn biến nặng lên được hội chẩn chuyển hồi sức cấp cứu và không ghi nhận trường hợp nào tử vong (biểu đồ 3.3). Từ kết quả đó chúng tôi có thể thấy rằng công tác điều trị bệnh SXHD ở trẻ em đã tốt hơn rất nhiều trong những năm gần đây, trong đó vai trò của nhân viên y tế giúp phát hiện sớm triệu chứng nặng của bệnh, điều trị kịp thời ở giai đoạn sốt tránh dẫn đến tình trạng nghiêm trọng của bệnh, góp phần giảm tỷ lệ tử vong và hạn chế các biến chứng. Bên cạnh đó, sự phối hợp và cập nhật thông tin về bệnh SXHD qua công tác truyền thông tại y tế cơ sở và cộng đồng giúp các bậc phụ huynh đã nhận biết được các dấu hiệu của SXHD để đưa con nhập viện kịp thời.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian điều trị trung bình sốt xuất huyết Dengue trẻ em là 5,8 ngày.
- 100% trường hợp sốt sốt xuất huyết Dengue được truyền khối tiểu cầu và dịch

cao phân tử trong đó có 3/7 bệnh nhi phải truyền khối tiểu cầu lần 2, tỷ lệ tiểu cầu trung bình sau truyền máu lần 2 tăng $35 \pm 21,86 \times 10^9/l$ lên $54 \pm 16,46 \times 10^9/l$. Không có trường hợp nào phải truyền khối tiểu cầu lần 3; 78,7% có sử dụng thuốc hạ sốt. Bù dịch đường uống bằng Oresol chiếm 99,3%, đường truyền tĩnh mạch là 32,7%. 3,3% trẻ diễn biến nặng chuyển đơn vị hồi sức cấp cứu và không ghi nhận trường hợp nào tử vong. 100% trẻ ổn định xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amudhan M. Mythreyee M.** (2020) "Dengue Virus" Emerging and reemerging Viral Pathogens, pp. 281-359.
2. **Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue, Quyết định số 3705/QĐ-BYT.
3. **Tewari K., Tewari V.V., and Mehta R.** (2018), "Clinical and hematological profile of patients with dengue fever at a tertiary care hospital - An observational study", *Mediterr J Hematol Infect Dis*.
4. **Nguyễn Mậu Thạch** (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. **Nguyễn Thị Anh Vy** (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết ở trẻ em tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định", Luận văn CKII, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. **Kim Seng Long** (2010), "Nghiên cứu dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện Nhi Trung Ương". Luận Văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH XỬ TRÍ MẮC DỊ VẬT CỦA BỐ MẸ CÓ CON ≤ 2 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HUẾ

Trần Bình Thắng¹, Võ Đoàn Minh Nhật¹, Hồ Uyên Phương¹,
Trần Đặng Xuân Hà¹, Nguyễn Văn Chánh¹, Phan Minh Trí¹,
Lê Đình Dương¹, Nguyễn Ngô Bảo Khuyên¹, Trần Thị Mỹ Huyền¹,
Trần Quốc Nhật Trường¹, Bùi Lê Thảo Phương¹, Nguyễn Thanh Gia¹,
Nguyễn Thị Thanh Nhân¹, Trịnh Thanh Xuân³,
Nguyễn Văn Tiến², Nguyễn Minh Tú¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, nhiều bậc bố mẹ và người chăm sóc trẻ còn thiếu kiến thức sơ cấp cứu ban đầu khi trẻ nhỏ mắc dị vật, đặc biệt là dị vật đường thở nên số trường hợp tử vong còn cao và để lại những di chứng đáng tiếc ở trẻ nhỏ. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả kiến thức, thái độ và thực hành xử trí mắc dị vật của bố mẹ có con ≤ 2 tuổi tại thành phố Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 385 bố mẹ có con ≤ 2 tuổi tại thành phố Huế từ tháng 6/2022 đến tháng 07/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bố mẹ có kiến thức đạt, thái độ tích cực về mắc dị vật và thực hành xử trí tốt mắc dị vật lần lượt là 70,1%; 66,4% và 57,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ bố mẹ có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về xử trí mắc dị vật ở trẻ còn thấp. Trẻ bị mắc dị vật, đặc biệt là dị vật đường thở cần được xử trí sơ cấp cứu đúng, kịp thời, tuy nhiên vẫn còn có tỷ lệ không nhỏ bố mẹ có quan điểm và cách xử lý chưa đúng. Việc nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí mắc dị vật của bố mẹ thông qua các

chương trình giáo dục, từ đó tăng cường nhận thức trong cộng đồng là cần thiết.

Từ khóa: mắc dị vật, dị vật đường thở, dị vật đường tiêu hoá, trẻ nhỏ.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES OF PARENTS REGARDING FIRST AID FOR FOREIGN BODY CHOKING IN CHILDREN ≤ 2 YEARS OLD IN HUE CITY

Introduction: In Vietnam, many parents and caregivers lack adequate first aid knowledge for managing airway obstructions, leading to preventable deaths and complications. This study aims to describe the knowledge, attitudes, and practices of parents regarding first aid for foreign body choking in children ≤ 2 years old in Hue City. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 385 parents of children ≤ 2 years old in Hue City, from June 2022 to July 2023. **Results:** The proportions of parents with good knowledge, positive attitudes, and proper practices regarding first aid for foreign body choking were 70.1%, 66.4%, and 57.4%, respectively. **Conclusion:** The rate of parents with correct knowledge, attitude and practice in handling foreign bodies in children is still low. Children with foreign bodies, especially foreign bodies in the airways, need to be treated properly and promptly with first aid, however, there is still a large number of parents with incorrect views

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Trường Đại học Y - Dược Thái Bình

³Trường Đại học Y - Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tú
SĐT: 0369754313

Email: nmtu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

and ways of handling them. It is necessary to improve parents' knowledge, attitude and practice in handling foreign bodies through educational programs, thereby increasing awareness in the community.

Keywords: foreign body choking, airway foreign body, gastrointestinal foreign body, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắc dị vật (MDV) là một vấn đề phổ biến ở trẻ em và có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được xử trí đúng và kịp thời [1]. Dị vật có thể mắc tại đường thở hoặc đường tiêu hoá với các triệu chứng rất nặng nề cần phải xử trí cấp cứu ngay lập tức hoặc nếu xử trí không đặc hiệu, không rõ ràng có thể dẫn tới chẩn đoán chậm trễ và gây nên biến chứng [2, 3].

Mắc dị vật là một vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng với tỷ lệ mắc cao ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Từ năm 2001 đến năm 2016, tại Hoa Kỳ đã ghi nhận tổng cộng 305.814 trường hợp mắc dị vật ở trẻ em từ 0 đến 19, trong đó trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 75% các trường hợp tử vong do mắc dị vật đường thở [4] [5] [6]. Tỷ lệ mắc dị vật đường tiêu hóa cũng có xu hướng tăng theo thời gian, với 80% số bệnh nhân nuốt phải dị vật là trẻ em trong đó có 20% trẻ từ 1 đến 3 tuổi [5].

Kiến thức đúng của bố mẹ về các dấu hiệu, triệu chứng và các phương pháp xử trí khi trẻ bị mắc dị vật đóng vai trò quan trọng trong quá trình chẩn đoán và điều trị [6], giúp làm giảm thiểu nguy cơ biến chứng liên quan đến việc chẩn đoán muộn như viêm phổi và giãn phế quản [7, 8]. Tuy nhiên, các nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. Al Qudehy và cộng sự khi thực hiện khảo sát trên các bậc bố mẹ ở Ả Rập Xê Út để đánh giá về kiến thức phòng ngừa và quản lý dị vật đường thở cho thấy có 40% bố mẹ coi việc không có triệu chứng trong trường hợp dị vật đường thở là dấu hiệu yên tâm, 25% bố mẹ không xác định

được các triệu chứng của dị vật đường thở [6]. Một nghiên cứu khác tại Ả Rập Xê Út cũng ghi nhận hầu hết các bậc cha mẹ còn thiếu kiến thức về dị vật đường tiêu hoá ở trẻ nhỏ với khoảng 34,9% người được hỏi biết cách xử trí với trẻ dưới 1 tuổi, và chỉ 5,6% xử trí đúng với trẻ dưới 5 tuổi [9].

Tại Việt Nam, nhiều bậc bố mẹ và người chăm sóc trẻ còn thiếu kiến thức sơ cấp cứu ban đầu khi trẻ mắc dị vật đường thở nên vẫn có trường hợp tử vong và để lại những di chứng đáng tiếc do tình trạng thiếu oxy kéo dài [10, 11]. Phần lớn các nghiên cứu hiện có ở Việt Nam chỉ tập trung vào mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối với mắc dị vật ở trẻ mà chưa quan tâm đến việc đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của bố mẹ về vấn đề này. Từ những lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức, thái độ và thực hành xử trí mắc dị vật của bố mẹ có con ≤ 2 tuổi tại thành phố Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Đối tượng nghiên cứu là bố hoặc mẹ có con ≤ 2 tuổi, đang sinh sống và có hộ khẩu thường trú tại một số phường của thành phố Huế tại thời điểm nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu, người có rối loạn ý thức ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2022 đến tháng 7/2023 tại thành phố Huế.

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: tính theo công thức

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

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), $d = 0,05$ sai số cho phép là 5%, $p = 0,369$ (tỷ lệ bố mẹ có kiến thức đạt về DVĐT) [6]. Như

vậy $n = 358$ người. Thực tế, số bố mẹ tham gia vào nghiên cứu là $n = 385$ người.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu hiện tại sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn bao gồm: Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên 4 phường trong tổng số 27 phường thuộc thành phố Huế. Kết quả chọn được là phường Phước Vĩnh, phường Vĩnh Ninh, phường Kim Long, phường Tây Lộc; Giai đoạn 2: Sau khi có danh sách các hộ gia đình có con nhỏ ≤ 2 tuổi theo địa bàn phường. Tiến hành lập khung mẫu bằng cách sắp xếp lại thứ tự tất cả hộ gia đình theo địa chỉ có được. Sau đó tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra đủ số mẫu cần thiết.

2.3. Thu thập số liệu và biến số

Điều tra viên được tập huấn kỹ và thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bố mẹ với bộ câu hỏi phát triển sẵn. Bộ câu hỏi gồm 4 phần:

Phần 1: Thông tin về nhân khẩu – xã hội: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, công việc hiện tại, số con, tiền sử MDV, đã từng học/tìm hiểu về xử trí MDV.

Phần 2: Thang điểm đánh giá kiến thức về mắc dị vật (assessing knowledge about foreign body scale – KFBS) được chúng tôi phát triển để đánh giá kiến thức của bố mẹ có con ≤ 2 tuổi bao gồm 16 câu hỏi trắc nghiệm với thang đo Likert 5 mức độ từ 1 đến 5 tương ứng với Hoàn toàn không đồng ý (1), không đồng ý (2), không ý kiến (3), đồng ý (4) và hoàn toàn đồng ý (5). Những câu hỏi này kiểm tra kiến thức cơ bản về DVĐT của bố mẹ. KFBS bao gồm các câu hỏi liên quan đến định nghĩa (2 câu hỏi), nhận thức (3 câu hỏi), dấu hiệu và triệu chứng (2 câu hỏi), các yếu tố nguy cơ (3 câu hỏi), biến chứng (2 câu hỏi), dự phòng mắc dị vật (4 câu hỏi). Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm và tổng điểm là 16. Điểm trung bình ≥ 13 đối với câu hỏi kiến thức được coi là đạt và điểm trung bình < 13 được coi là chưa đạt. Độ tin cậy sơ bộ cũng đã được đo lường với cronbach's alpha là 0,832.

Phần 3: Thang điểm đánh giá thái độ về mắc dị vật (assessing attitude about foreign body scale – AFBS) được chúng tôi phát triển để đánh giá thái độ của bố mẹ có con ≤ 2 tuổi bao gồm 6 câu hỏi trắc nghiệm đánh giá các khía cạnh: xử trí (3 câu hỏi), học sơ cứu (1 câu hỏi), ngăn chặn trong cộng đồng (1 câu hỏi), hậu quả (1 câu hỏi) với 5 mức độ: hoàn toàn không đồng ý (1), không đồng ý (2), không ý kiến (3), đồng ý (4) và hoàn toàn đồng ý (5). Những người tham gia trả lời đồng ý và hoàn toàn đồng ý được coi là tích cực (1) và những người không đồng ý và hoàn toàn không đồng ý là thái độ tiêu cực (0). Điểm trung bình ≥ 4 đối với câu hỏi thái độ được coi là tích cực và điểm trung bình < 4 được coi là tiêu cực. Độ tin cậy sơ bộ cũng đã được đo lường với cronbach's alpha là 0,77.

Phần 4: Bộ câu hỏi đánh giá thực hành về xử trí mắc dị vật bao gồm 1 câu hỏi về khả năng quan sát các triệu chứng và 5 câu hỏi tình huống được cấu trúc để đánh giá khả năng thực hành của bố mẹ trong việc xử trí MDV. Điểm trung bình ≥ 11 đối với câu hỏi thực hành được coi là thực hành tốt và điểm trung bình < 11 được coi là thực hành chưa tốt).

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm R. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ, biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng t-test và test ANOVA để tìm hiểu sự khác biệt về điểm trung bình kiến thức, thái độ, thực hành giữa các nhóm biến số.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, trường đại học Y Dược, ĐHH (1986/QĐ-ĐHYD ngày 01/6/2022). Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu và tham gia hoàn toàn tự nguyện. Các thông tin thu thập được mã hóa và đảm bảo giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ giới (67,3%), có tuổi ≤ 35 tuổi (72,7%). Phần lớn các bậc bố mẹ có 1 con duy nhất (62,9%). Bố mẹ thuộc nhóm ngành chuyên môn chiếm tỉ lệ nhiều nhất (33,2%) và ít nhất là nội trợ (5,7%). Bố mẹ có trình độ học vấn chủ yếu ở mức cao đẳng, đại học và sau đại học (50,1%). Đa số đã từng nghe qua MDV (85,5%), tuy nhiên tỉ lệ bố mẹ đã từng tìm hiểu về MDV còn thấp (32,7%).

3.2. Kiến thức về mắc dị vật của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu có kiến thức tương đối tốt về mắc dị vật (MDV), với điểm số trung bình là $13,1 \pm 2,48$ và 70,1% bố mẹ có kiến thức đạt chuẩn. Đa số bố mẹ nhận thức được trẻ có thể mắc MDV khi đi lại hoặc cười trong lúc ăn (89,6%) và rằng đây là tình huống nguy hiểm, có thể đe dọa tính mạng (89,1%). Tuy nhiên, có 57,1% bố mẹ vẫn tin rằng người lớn dễ bị MDV hơn trẻ em, và 41,3% nghĩ rằng nguyên nhân chủ yếu là do sử dụng và chế biến thức ăn không hợp lý. Ngoài ra, 44,2% bố mẹ cho rằng bệnh lý đường tiêu hóa cũng có thể là một yếu tố góp phần gây ra tình trạng này.

3.3. Thái độ về mắc dị vật của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thái độ về mắc dị vật của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Hoàn toàn không đồng ý (%)	Không đồng ý (%)	Không ý kiến (%)	Đồng ý (%)	Hoàn toàn đồng ý (%)
Mắc dị vật cần được xử trí ngay lập tức	0 (0)	4 (1,0)	10 (2,6)	167 (43,4)	204 (53,0)
Mọi người nên biết cách sơ cứu khi bị mắc dị vật	0 (0)	2 (0,5)	14 (3,6)	172 (44,7)	197 (51,2)
Nên đưa người bị mắc dị vật đến cơ sở y tế càng nhanh càng tốt	12 (3,1)	24 (6,2)	72 (18,7)	156 (40,5)	121 (31,4)
Có thể xử trí mắc dị vật tại nhà mà không cần đến các cơ sở y tế	26 (6,8)	117 (30,4)	108 (28,1)	94 (24,4)	40 (10,4)
Có thể ngăn chặn mắc dị vật trong cộng đồng	42 (10,9)	85 (22,1)	128 (33,2)	84 (21,8)	46 (11,9)
Mắc dị vật có thể gây tử vong hay đe dọa tính mạng nếu không được điều trị	42 (10,9)	72 (18,7)	83 (21,6)	91 (23,6)	97 (25,2)
Thái độ					
$\bar{X}$ (SD)				3,82 (1,10)	
Trung vị [Min; Max]				4,00 [0; 6,00]	
Tích cực				254 (66,4%)	
Tiêu cực				131 (34,6%)	

Đa số bố mẹ có thái độ tích cực về MDV với điểm số trung bình là $3,82 \pm 1,10$. Bố mẹ có thái độ tích cực chiếm 66,4%. Đáng chú ý ở các câu hỏi có số 4,5 và 6, số lượng bố mẹ trả lời không ý kiến, phản đối và hoàn toàn phản đối lần lượt chiếm tỉ lệ là 65,3%; 66,2% và 51,2%.

3.4. Thực hành xử trí mắc dị vật của đối tượng nghiên cứu**Bảng 3.2. Thực hành xử trí mắc dị vật của đối tượng nghiên cứu (n=385)**

Nội dung	A ¹ (%)	B ² (%)	C ³ (%)	D ⁴ (%)	E ⁵ (%)	F ⁶ (%)	G ⁷ (%)
Bạn phải làm gì nếu gặp phải tình trạng trẻ (<2 tuổi) đột ngột mắc dị vật trong khi ăn và trở nên khó thở, khó nói (không nhìn thấy dị vật).	40 (10,4)	71 (18,4)	86 (22,3)	196 (50,9)	219 (56,9)	-	273 (70,9)
Bạn sẽ làm gì nếu gặp phải tình trạng trẻ (<2 tuổi) đột ngột mắc dị vật trong khi ăn và trở nên khó thở, khó nói (dị vật có thể nhìn thấy và tiếp cận được)?	134 (34,8)	40 (10,4)	46 (11,9)	187 (48,6)	223 (57,9)	-	287 (74,5)
Bạn sẽ làm gì nếu gặp phải tình trạng trẻ (≥2 tuổi) đột ngột mắc dị vật trong khi ăn và trở nên khó thở, khó nói (không nhìn thấy dị vật)? *	51 (13,2)	135 (35,1)	284 (73,8)	228 (59,2)	185 (48,1)	200 (51,9)	280 (72,7)
Bạn sẽ làm gì nếu gặp phải tình trạng trẻ (≥2 tuổi) đột ngột mắc dị vật trong khi ăn và trở nên khó thở, khó nói (dị vật có thể nhìn thấy và tiếp cận được)? *	147 (38,2)	124 (32,2)	293 (76,1)	269 (69,9)	172 (44,7)	245 (63,6)	245 (63,6)
ABạn sẽ làm gì nếu gặp phải tình trạng một đứa trẻ bị mắc dị vật và nuốt đau nhưng vẫn thở được và nói được? **	80 (20,8)	188 (48,8)	241 (62,6)	187 (48,6)	170 (44,2)	169 (43,9)	275 (71,4)
Thực hành							
$\bar{X}$ (SD)				11,10 (4,31)			
Trung vị [Min; Max]				12 [2,00; 20,0]			
Tốt				221 (57,4%)			
Chưa tốt				164 (42,6%)			

¹Cố gắng lấy tay hoặc các vật khác vào miệng để móc dị vật ra. ²Cho trẻ nuốt cơm hoặc rau quả rồi uống nước cho dễ trôi. ³Vuốt xuôi ngực để dị vật chui xuống. ⁴Đốc ngược đầu trẻ, vỗ mạnh lên lưng liên tục và kiểm tra khoang miệng cho đến khi bật dị vật ra ngoài. ⁵Cho trẻ nằm úp trên cẳng tay đầu hướng xuống, dùng cườm tay vỗ mạnh lên lưng trẻ. ⁶Nếu không hiệu quả, cho trẻ nằm ngửa trên cẳng tay đầu hướng xuống, lấy hai ngón tay ấn vào vị trí ½ dưới xương ức. Luân phiên hai động tác trên cho đến khi bật dị vật ra ngoài. ⁷Đưa đến cơ sở y tế.

Đối với các câu hỏi (*) dành cho trẻ ≥ 2 tuổi và câu hỏi (**) dành cho tất cả trẻ: ⁴Ấn mạnh vào ngực tạo áp lực đẩy dị vật ra ngoài. ⁵Vỗ mạnh lên lưng liên tục và kiểm tra khoang miệng cho đến khi bật dị vật ra ngoài. ⁶Đứng sau lưng trẻ, để trẻ cúi về phía trước, vòng tay quanh eo, nắm hai tay vào nhau và đặt trên bụng. Đẩy mạnh lên trên về phía lồng ngực, nhanh và mạnh 3-4 lần. Kiểm tra dị vật bật ra.

Phần lớn bố mẹ đều có thực hành tốt về MDV với điểm số trung bình là 11,10 ± 4,31. Bố mẹ có thực hành tốt chiếm tỉ lệ 57,4%, tuy nhiên vẫn có không ít bố mẹ thực hành kém (42,6%).

3.5. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí mắc dị vật**Bảng 3.3. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí mắc dị vật**

Biến số		Kiến thức			Thái độ			Thực hành		
		Trung bình	SD	p	Trung bình	SD	p	Trung bình	SD	p
Giới tính	Nam	13,4	2,61	0,101	3,82	1,14	0,982	11,8	4,26	0,027
	Nữ	13,0	2,41		3,81	1,08		10,7	4,30	
Tuổi	≤35	13,2	2,33	0,298	3,91	1,08	0,007	11,2	4,37	0,293
	>35	12,9	2,85		3,56	1,13		10,7	4,14	
Số con	1	13,6	1,87	0,001	4,03	1,06	0,003	12,6	3,50	<0,001
	>1	12,8	2,74		3,69	1,11		10,2	4,49	
Tuổi con nhỏ nhất	≤2	13,0	2,65	0,465	3,82	1,15	0,996	10,6	4,60	0,129
	>2	13,2	2,40		3,82	1,08		11,3	4,15	
Trình độ học vấn	≤ THCS	12,1	3,38	<0,001	3,33	1,23	<0,001	10,9	4,38	0,005
	THPT, Trung cấp	13,1	2,56		3,95	1,03		10,1	4,56	
	≥ Cao đẳng	13,5	1,86		3,91	1,05		11,7	4,02	
Nghề nghiệp	Ngành chuyên môn	14	1,86	<0,001	3,88	1,07	0,195	12,2	4,33	<0,001
	Ngành lao động chân tay	12,5	3,15		3,59	1,03		9,88	4,74	
	Ngành tự kinh doanh	12,9	2,37		3,85	1,19		10,2	3,88	
	Ngành hành chính	12,7	1,89		3,98	1,20		11,7	3,22	
	Nội trợ	12,4	2,56		4,00	0,87		12,7	3,55	
Nghe về MDV	Có	13,4	2,11	<0,001	3,86	1,08	0,072	11,6	4,25	<0,001
	Không	11,4	3,60		3,57	1,22		8,07	3,29	
Tìm hiểu về MDV	Có	13,8	1,82	<0,001	4,32	0,98	<0,001	11,9	4,33	0,009
	Không	12,8	2,69		3,57	1,08		10,7	4,25	

Về kiến thức, có sự khác biệt đối với điểm số trung bình kiến thức của bố mẹ với các yếu tố: số con, nghề nghiệp, trình độ học vấn, từng nghe về MDV, tìm hiểu về MDV ($p < 0,05$). Về thái độ, có sự khác biệt đối với điểm số trung bình thái độ của bố mẹ với các yếu tố: tuổi, số con, trình độ học vấn, tìm hiểu về MDV ($p < 0,05$). Về thực hành, có sự khác biệt đối với điểm số trung bình thực hành của bố mẹ với các yếu tố: giới tính, trình độ học vấn, tìm hiểu về MDV, số con, nghề nghiệp, từng nghe về MDV ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN**Kiến thức về mắc dị vật**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng phần lớn bố mẹ có kiến thức tốt về MDV. Điểm trung bình kiến thức của bố mẹ là $13,1 \pm 2,48$ và tỷ lệ bố mẹ có kiến thức đạt là 70,1%. Kết quả này cao hơn so với nghiên

cứ của Almutari là 36,9% và nghiên cứu của Alqudehy là 65% [12]. Tỷ lệ trả lời đúng của bố mẹ cho các câu hỏi liên quan đến kiến thức ở nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp. Điều này có thể là do đặc điểm của mẫu, với 50,1% bố mẹ có trình độ học vấn cao đẳng, đại học và sau đại học và 44,4% bố mẹ có nghề nghiệp liên quan tới giáo viên, nhân viên y tế, nhân viên văn phòng, công nghệ thông tin và hành chính - những nghề đòi hỏi phải có kiến thức chuyên môn, nghiệp vụ và kinh nghiệm ở trình độ cao (đại học trở lên). Điều này càng được củng cố, khi so sánh đặc điểm nghề nghiệp và trình độ học vấn đối với kiến thức. Chúng tôi phát hiện ra nhóm ngành chuyên môn có điểm số vượt trội hơn so với các ngành nghề khác ($14 \pm 1,86$, $p < 0,001$). Một yếu tố khác cũng ủng hộ đó chính là trình độ học vấn $\geq$ cao đẳng có điểm số trung bình đạt $13,5 \pm 1,86$ so với THPT, trung cấp ($13,1 \pm$

2,56) và $\leq$ THCS ($12,1 \pm 3,38$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Almutari, yếu tố trình độ học vấn đóng vai trò quan trọng trong việc có kiến thức tốt hơn (Đại học hoặc cao hơn có điểm số trung bình đạt cao hơn so với trình độ học vấn thấp hơn) [6]. Khi so sánh các đặc điểm của bố mẹ đối với kiến thức, chúng tôi phát hiện ra bố mẹ có con đầu lòng có điểm số tốt hơn so với bố mẹ có nhiều con ($13,6 \pm 1,87$ so với $12,8 \pm 2,74$, $p = 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Almutari [6] nhưng lại trái ngược với nghiên cứu của Higuchi và các cộng sự (phụ nữ có con đầu lòng là yếu tố nguy cơ độc lập đối với kiến thức thấp) [13]. Điều này có thể lý giải do trong vòng 30 năm qua, mức sinh của Việt Nam đã giảm gần một nửa. Vì vậy nên số lượng bố mẹ có nhiều con tập trung chủ yếu ở những người lớn tuổi hơn, trình độ học vấn thấp hơn và có nhiều quan niệm sai lầm, mẫu nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở độ tuổi ≤ 35 tuổi (72,7%) và có con đầu lòng chiếm tỉ lệ 62,9%. Ở nhóm đối tượng này, bố mẹ cảm thấy như họ thiếu các kỹ năng, kiến thức cần thiết để trở thành bố mẹ tốt và muốn phát triển các kỹ năng mới, đồng thời tự tin vào khả năng chăm sóc trẻ của họ. Vì vậy, có thể bố mẹ trẻ tuổi có con đầu lòng đã chuẩn bị tốt hơn các kiến thức chăm sóc trẻ và tiếp cận các nguồn thông tin về MDV ở trẻ nhiều hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện ra rằng bố mẹ đã từng nghe về MDV hay đã từng tìm hiểu về MDV có điểm số kiến thức cao hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,001$). Tuy nhiên, vẫn còn một số lượng không ít bố mẹ có những quan điểm sai lầm về mặt nhận thức, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của MDV.

Thái độ về mắc dị vật

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng phần lớn bố mẹ có thái độ tích cực về MDV. Điểm trung bình thái độ của bố mẹ là $3,82 \pm 1,10$ và tỉ lệ bố mẹ có thái độ tích cực là

66,4%. Con số này thấp hơn so với nghiên cứu của Abera Dula là 89,2% và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Saadati và cộng sự là 58% [14]. Điều này có thể giải thích do không ít bố mẹ có thái độ sai lầm ở nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể là có 96,4% bố mẹ đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý đối với việc mắc dị vật cần được xử trí ngay lập tức, trong khi tại nghiên cứu trên có 100% bố mẹ đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý về vấn đề này. Tương tự, chỉ có 34,8% bố mẹ cho rằng có thể xử trí MDV tại nhà mà không cần đến các cơ sở y tế thấp hơn nhiều so với nghiên cứu trên là 85,6%. Rõ ràng, bố mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi không tự tin trong việc thực hành sơ cấp cứu cho trẻ, trong khi đó, nếu dị vật tắc nghẽn đường thở, vấn đề xử trí kịp thời phải tính đến từng giây từng phút. Tuy nhiên, có 95,9% bố mẹ cho rằng mọi người nên biết cách sơ cứu khi bị MDV, con số này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Abera Dula là 97% [15]. Điều này gợi ý cần thiết có một chương trình phổ cập kiến thức và thực hành xử trí cho bố mẹ về MDV. Đáng chú ý là chỉ có 33,7% bố mẹ cho rằng có thể ngăn chặn mắc dị vật trong cộng đồng và 48,8% bố mẹ nhận thức được hậu quả nghiêm trọng nếu như không được điều trị thấp hơn so với nghiên cứu trên là 75,7% và 87,9%. Điều này cho thấy bố mẹ vẫn chưa thực sự có thái độ tích cực trong việc ngăn chặn MDV trong cộng đồng và chưa nhận thức được hậu quả nghiêm trọng mà nó mang lại. Khi so sánh điểm số thái độ với đặc điểm của bố mẹ, chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi ≤ 35 tuổi có điểm số cao hơn so với nhóm còn lại ($3,91 \pm 1,14$ so với $3,56 \pm 1,13$, $p = 0,007$) và tương tự với có con đầu lòng ($4,03 \pm 1,06$ so với $3,69 \pm 1,11$, $p = 0,003$). Điều này cũng phù hợp với lập luận của chúng tôi ở phần kiến thức. Mặt khác nghiên cứu của Saadati cũng cho thấy mối liên quan tương tự [14]. Chúng tôi cũng phát hiện ra trình độ học vấn cũng là một yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến thái độ

của bố mẹ, cụ thể cao nhất là bố mẹ với trình độ từ THPT trở lên so với THCS trở xuống ($3,95 \pm 1,03$ và $3,91 \pm 1,05$ so với $3,33 \pm 1,23$, $p < 0,001$). Điều này cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu [15, 14]. Ngoài ra, từng tìm hiểu về MDV cũng là một yếu tố tích cực đối với thái độ của bố mẹ ($4,32 \pm 0,98$ so với $3,57 \pm 1,08$, $p < 0,001$).

Thực hành xử trí mắc dị vật ở trẻ

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có khoảng một nửa bố mẹ có thực hành tốt. Điểm trung bình thực hành của bố mẹ là $11,1 \pm 4,31$ và tỉ lệ bố mẹ có thực hành tốt là 57,4%. Nghiên cứu của Abu-Hasheesh và El Bahnasawy cho ra kết quả về thực hành thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể có 65% bà mẹ cho biết thực hành quản lý MDV kém, trong khi có 23% và 17% bà mẹ có thực hành tốt và trung bình tương ứng [16]. Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố giới tính đóng một vai trò quan trọng trong việc thực hành xử trí MDV, cụ thể là nam giới có thực hành tốt hơn so với nữ giới ($11,8 \pm 4,26$ so với $10,7 \pm 4,3$, $p = 0,027$). Nghiên cứu của Almutairi cho ra kết quả về thực hành cao hơn so với chúng tôi, điểm thực hành trung bình là $12,4 (\pm 2,13)$ với 44,7% và 55,3% bố mẹ lần lượt có thực hành tốt và kém tương ứng [6]. Sự khác biệt này có thể giải thích do bộ câu hỏi của chúng tôi đánh giá những tình huống cụ thể, nhiều phương án lựa chọn và đòi hỏi phải có kiến thức về cách xử trí đúng đắn. Ngoài ra, bố mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi có những quan điểm hoàn toàn sai lầm về cách xử trí MDV. Cụ thể, khi được hỏi rằng bạn phải làm gì nếu gặp phải tình trạng trẻ (< 2 tuổi) đột ngột mắc dị vật trong khi ăn và trở nên khó thở, khó nói (không nhìn thấy dị vật), một số lượng không ít bố mẹ có quan điểm sai lầm như: cố gắng lấy tay hoặc các vật khác vào miệng để móc dị vật ra (10,4%), cho trẻ nuốt cơm hoặc rau quả rồi uống nước cho dễ trôi (18,4%), vuốt xuôi ngực để dị vật chui xuống

(22,3%). Việc thực hiện các phương pháp trên, có thể không giúp ích gì đối với DVĐT. Trong đó, đặc biệt quan trọng là có hơn một nửa bố mẹ cho rằng việc dốc ngược đầu trẻ, vỗ mạnh lên lưng liên tục có thể giúp tống dị vật ra ngoài (50,9%). Phương pháp này có thể gây ra tổn thương cột sống cổ ở trẻ do lực quán tính gây ra từ việc dốc ngược đầu trẻ và vỗ mạnh vào lưng. Phương pháp đúng là cho trẻ nằm úp trên cẳng tay đầu hướng xuống, dùng cườm tay vỗ mạnh lên lưng trẻ. Nếu không hiệu quả, cho trẻ nằm ngửa trên cẳng tay đầu hướng xuống, lấy hai ngón tay ấn vào vị trí $\frac{1}{2}$ dưới xương ức. Luân phiên hai động tác trên cho đến khi bật dị vật ra ngoài. Tuy nhiên, chỉ có 56,9% bố mẹ biết điều này. Khi được đặt ra tình huống bạn sẽ làm gì nếu gặp phải tình trạng trẻ (≥ 2 tuổi) đột ngột mắc dị vật trong khi ăn và trở nên khó thở, khó nói (không nhìn thấy dị vật) thì vẫn có rất nhiều bố mẹ có quan niệm sai lầm, chỉ với ít hơn 48,1% và 51,9% bố mẹ biết cách xử trí phù hợp (48,1% bố mẹ chọn phương pháp vỗ mạnh vào lưng, giữa hai xương bả vai và 51,9% bố mẹ chọn phương pháp Heimlich). Đối với các câu hỏi như trên và tình huống là có thể tiếp cận được dị vật, thì có 34,8% bố mẹ ở tình huống trẻ < 2 tuổi và 38,2% bố mẹ ở tình huống ≥ 2 tuổi chọn phương pháp lấy dị vật ra ngoài. Tuy nhiên cần phải lưu ý rằng: việc đưa ngón tay vào móc dị vật khỏi miệng chỉ nên thực hiện khi nhìn thấy dị vật, nếu không, chúng ta có thể đẩy sâu nó vào trong gây nguy hiểm cho trẻ [17]. Các phát hiện khác của chúng tôi đối với thực hành của bố mẹ là có con đầu lòng ($12,6 \pm 3,50$ so với $10,2 \pm 4,49$, $p < 0,01$), ngành nghề (nhóm ngành chuyên môn và các bà mẹ nội trợ có điểm số cao hơn so với các nhóm ngành khác, $p < 0,05$), trình độ học vấn (từ cao đẳng trở lên với điểm số $11,7 \pm 4,02$, $p < 0,05$), từng nghe về MDV ($11,6 \pm 4,25$ so với $8,07 \pm 3,29$, $p < 0,05$) và tìm hiểu về MDV ($11,9 \pm 4,33$ so với $10,7 \pm 4,25$, $p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bố mẹ có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về xử trí mắc dị vật ở trẻ còn thấp. Trẻ bị mắc dị vật, đặc biệt là dị vật đường thở cần được xử trí sơ cấp cứu đúng, kịp thời, tuy nhiên vẫn còn có tỷ lệ không nhỏ bố mẹ có quan điểm và cách xử lý chưa đúng. Việc nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí mắc dị vật của bố mẹ thông qua các chương trình giáo dục, từ đó tăng cường nhận thức trong cộng đồng là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pugmire BS, Lim R, Avery LL.** Review of Ingested and Aspirated Foreign Bodies in Children and Their Clinical Significance for Radiologists. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc.* 2015;35(5):1528-38.
2. **Habib M, Arif K, Chaudhary MJ, JAMCA.** Characteristics and outcomes of aerodigestive foreign bodies in children: A tertiary care experience. 2023;35(4 Suppl 1).
3. **Shirkosh S, Nakhjavani N, Esmaeilidooki M, Hadipour A, Osia S, Hajiahmadi M.** Foreign body ingestion and aspiration at a pediatric center in northern Iran %J *Caspian Journal of Pediatrics*. 2020;6(1):399-406.
4. **Chang DT, Abdo K, Bhatt JM, Huoh KC, Pham NS, Ahuja GS.** Persistence of choking injuries in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2021;144:110685.
5. **Bekkerman M, Sachdev AH, Andrade J, Twersky Y, Iqbal SJGr, practice.** Endoscopic management of foreign bodies in the gastrointestinal tract: a review of the literature. 2016;2016(1):8520767.
6. **Almutairi AT, Alharbi FS.** Parental knowledge and practices toward foreign body aspiration in children in the Al Qassim region of Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care*. 2021;10(1):199-204.
7. **Saquib Mallick M, Rauf Khan A, Al-Bassam A.** Late presentation of tracheobronchial foreign body aspiration in children. *Journal of tropical pediatrics*. 2005;51(3):145-8.
8. **Xuechang L, Richard E, Swai H.** Airway Foreign Body Aspirations in Children at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam - Tanzania. 2011;16.
9. **AlShakhs FA, AlYahya KA, AlSaeed AS, AlSultan MSJTEJoHM.** Parental awareness regarding aerodigestive pediatric foreign bodies. Eastern province, Saudi Arabia. 2018;70(9):1511-7.
10. **Chuong LT.** Clinical Features of Airway Foreign Bodies in Children at the Vietnam National Children's Hospital. *Journal of Pediatric Research and Practice*. 2021;5:25-31.
11. **Thanh BT.** Clinical and Subclinical Features of Patients with Airway Foreign Body at the Endoscopy Department, National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam from 08/2018 to 02/2020. *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Science*. 2020;36:76-81.
12. **Alqudehy Z.** Parental Knowledge of Foreign Body Aspiration: A Comparative Study between Saudis and Other Nations. *Journal of Otolaryngology-ENT Research*. 2015;2.
13. **Higuchi O, Adachi Y, Adachi YS, Taneichi H, Ichimaru T, Kawasaki K.** Mothers' knowledge about foreign body aspiration in young children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2013;77(1):41-4.
14. **Saadati M, Tabrizi JS, Rezapour R, Alaei Kalajahi R.** Home injury prevention attitude and performance: a community-based study in a designated safe community: *J Inj Violence Res*. 2020 Jul;12(2):145-52. doi: 10.5249/jivr.vo112i2.1506.
15. **Dula A.** Assessment of knowledge, attitude and practice towards the first aid management of foreign body aspiration and obstruction among the community living in addis alem town of ejere wereda of west shewa zone 2014/2015. . 2015.

16. Abu-Hasheesh MO, El Bahnasawy HTJMJ. Effectiveness of the Nursing Health Program for mothers with children undergoing bronchoscopy. 2011;45:147-58.

17. Fertleman C. Diagnosis and Management of Foreign Body Aspiration and Foreign Body Ingestion in children. 2019.

KIẾN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG NGỪA BỆNH SỞI TRẺ EM Ở BÀ MẸ TẠI KHOA SẢN ĐẼ, BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2024

Đoàn Minh Hoàng¹, Trần Thị Kiều Anh¹

TÓM TẮT.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bà mẹ có con mới sinh tại khoa Sản đẻ bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức về phòng ngừa bệnh sởi cho trẻ em ở bà mẹ vừa sinh con tại khoa Sản đẻ, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2024 từ đó xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng ngừa bệnh sởi cho trẻ em ở nhóm đối tượng trên. **Kết quả:** Tỷ lệ kiến thức của các bà mẹ về dự phòng bệnh sởi, tỷ lệ không đạt nhiều hơn gấp đôi tỷ lệ đạt với 69%, tỷ lệ đạt chỉ chiếm 31%. 80% biết sởi lây truyền qua đường hô hấp. 58,3% trả lời đúng nguyên nhân mắc sởi là do vi rút sởi. 51,7% cho rằng viêm phổi là biến chứng của sởi. Tất cả bà mẹ trong nghiên cứu đều cho rằng vắc xin sởi có thể phòng được bệnh sởi. 48% trả lời đúng phác đồ tiêm phòng sởi có 2 mũi. bà mẹ trả lời đúng thời điểm tiêm vắc xin sởi mũi đầu là 9 tháng. Độ tuổi có mối tương quan thuận với kiến thức đạt về dự phòng sởi, mối liên quan có ý nghĩa thống kê

($P<0,05$, $OR=1,8$; KTC:1,2-2,8). Yếu tố dân tộc có liên quan tới kiến thức dự phòng bệnh sởi, sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$; $OR=0,0$; KTC: 0,5-1,6). Yếu tố học vấn có mối liên quan thuận tới kiến thức về dự phòng sởi, người có trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ kiến thức đạt càng cao ($p<0,05$). Yếu tố nghề nghiệp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức dự phòng sởi ($P<0,05$, $OR=1,6$; KTC: 1-2,4).

Từ khóa: bệnh sởi, bệnh lây nhiễm, y tế công cộng

SUMMARY

KNOWLEDGE AND SOME RELATED FACTORS ON PREVENTION OF MEASLES IN CHILDREN IN MOTHERS AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS, NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2024

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study on 400 mothers with newborns at the Obstetrics and Pediatrics Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Objectives:** 1. Assess knowledge about measles prevention for children in mothers who have just given birth at the Obstetrics and Pediatrics Department, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2024. 2. Identify some factors related to knowledge about measles prevention for children in the above group of subjects. **Results:** The rate of knowledge of mothers about measles

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Hoàng
SĐT: 0918670458

Email: doanhoang972@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

prevention, the rate of failure is more than double the rate of achievement with 69%, the achievement rate is only 31%. 80% know that measles is transmitted through the respiratory tract. 58.3% correctly answered that the cause of measles is the measles virus. 51.7% think that pneumonia is a complication of measles. All mothers in the study believe that measles vaccine can prevent measles. 48% answered correctly that the measles vaccination regimen has 2 doses. The mother answered correctly that the first dose of measles vaccine was 9 months. Age was positively correlated with knowledge of measles prevention, the relationship was statistically significant ($P < 0.05$, $OR = 1.8$; $CI: 1.2-2.8$). Ethnicity was positively correlated with knowledge of measles prevention, the relationship was statistically significant ($p < 0.05$; $OR = 0.0$; $CI: 0.5-1.6$). Education was positively correlated with knowledge of measles prevention, the higher the education level, the higher the knowledge rate ($p < 0.05$). Occupation was statistically significantly correlated with knowledge of measles prevention ($P < 0.05$, $OR = 1.6$; $CI: 1-2.4$).

Keywords: measles, infectious diseases, public health

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường hô hấp, có khả năng gây các vụ dịch lớn. Bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng nề và có thể gây tử vong ở trẻ nhỏ. Trước đây, bệnh xảy ra thường xuyên và có tỷ lệ lây nhiễm cũng như tử vong rất cao. Từ năm 1985, vắc xin sởi được đưa vào Chương trình tiêm chủng mở rộng Quốc gia. Kể từ đó, tình hình mắc sởi và tử vong do các biến chứng đã giảm đi rõ rệt. Tính đến năm 2004, tỷ lệ lưu hành bệnh sởi ở Việt Nam đã giảm đến 573 lần so với năm 1985 [1]. Trên thực tế, mặc dù bệnh sởi có thể có những biến chứng nặng nề, dẫn tới tử vong nhưng nếu được phát hiện sớm, chăm sóc và điều trị kịp thời thì bệnh có thể khỏi và tránh được các biến chứng. Vì vậy việc tìm hiểu người dân,

đặc biệt là các sản phụ mới sinh, những người có ảnh hưởng lớn nhất tới các quyết định phòng chống bệnh sởi cho trẻ em có kiến thức như thế nào về phòng chống bệnh sởi, có bao nhiêu phụ nữ đã tiêm phòng trước khi mang thai là rất quan trọng. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành phòng chống bệnh sởi giúp nâng cao nhận thức và vai trò của các nhà lâm sàng và các chuyên gia trong lĩnh vực truyền nhiễm.

Tuy nhiên hiện nay các nghiên cứu hiện nay tập trung chủ yếu đều về kiến thức về bệnh học lâm sàng và tỷ lệ tiêm chủng bệnh sởi, các nghiên cứu về kiến thức, thực hành về bệnh sởi và cách phòng ngừa của người dân còn rất ít. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện hạng 1, thuộc tuyến cuối của tỉnh Nghệ An là nơi thu dung, điều trị cho các bệnh nhi và sản phụ trên toàn tỉnh Nghệ An và 2 tỉnh lân cận là Thanh Hóa và Hà Tĩnh, trong các đợt dịch sởi, bệnh viện cũng là nơi điều trị chính cho các bệnh nhi mắc sởi tại khu vực Bắc Trung Bộ. Để tăng cường giáo dục sức khỏe người dân cũng như củng cố các bằng chứng khoa học hỗ trợ các nhà quản lý y tế hoạch định chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***“Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan về phòng ngừa bệnh sởi trẻ em ở bà mẹ tại khoa Sản đẻ, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2024”***.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu

400 bà mẹ sau khi sinh tại Khoa Sản đẻ, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng ý tham gia.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ không hiểu và không thể trả lời được câu hỏi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 11/2023-08/2024.

- Địa điểm: Khoa sản đẻ, bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

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

2.2.3. Cỡ mẫu: tính theo công thức:

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

Trong đó n: cỡ mẫu, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$, $p = 33,3\%$ (Tỷ lệ PNCT có kiến thức tốt về dự phòng bệnh sởi trong nghiên cứu của Mai Thị Lan Hương trên 378 PNCT tại Thị xã Từ Sơn, Bắc Ninh năm 2020) ². Dự phòng 15% số người bỏ nghiên cứu hoặc trả lời không đầy đủ các câu hỏi, cỡ mẫu trong nghiên cứu này là 400 bà mẹ.

2.2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

Từ tháng 12/2023 đến hết tháng 05/2024, khi người bệnh đến khám tại khoa Sản đẻ, sau khi người bệnh khám xong, nghiên cứu viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu đã chọn, mỗi cuộc phỏng vấn 15-20 phút dựa trên bộ câu hỏi đã xây dựng. Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thực hành phòng chống bệnh sởi, bao gồm 3 phần chính:

+ Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, địa bàn sinh sống, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp

+ Phần kiến thức gồm các câu hỏi về kiến thức chung về bệnh sởi, các biện pháp phòng chống bệnh sởi, nguồn cung cấp thông tin về bệnh sởi; cách chăm sóc, phòng ngừa khi mắc sởi.

+ Phần thực hành gồm các nội dung Thực hành tiêm phòng cho bản thân trước khi mang thai; kế hoạch tiêm phòng cho trẻ khi trẻ đủ tháng. Tiêu chuẩn đánh giá được xây dựng dựa theo bài giảng bệnh sởi trong giáo trình bệnh học bệnh truyền nhiễm của tác giả Nguyễn Văn Kính, hướng dẫn dự phòng bệnh sởi của chương trình tiêm chủng mở rộng, nghiên cứu của Mai Thị Lan Hương về kiến thức phòng sởi của bà mẹ [1,16,52].

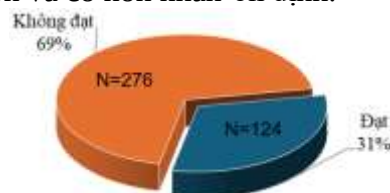
2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Dữ liệu nghiên cứu được nhập vào máy tính và kiểm định bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm Stata. Chúng tôi sử dụng các test kiểm định: Chi2, Fisher-exact test, t-test, Pearson test cho các biến phân phối chuẩn và Mann-Whitney, Spearman-test cho các biến phân phối không chuẩn

Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng được mời tham gia vào nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu và dựa trên nguyên tắc đồng thuận tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đề tài đã được sự chấp thuận của ban giám đốc bệnh viện Sản nhi Nghệ An. Đề tài đã được Hội đồng thông qua đề cương của trường Đại học Y khoa Vinh phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của các bà mẹ trong nghiên cứu là $30,2 \pm 4,9$, người ít tuổi nhất 20 tuổi, người lớn tuổi nhất 50; 59,5% có độ tuổi từ 18-29 tuổi. Chủ yếu là dân tộc kinh 97,5%. 78,5% không theo tôn giáo nào, 11,8% theo thiên chúa giáo, 9,8% theo phật giáo. Chủ yếu các đối tượng đến từ nông thôn (74,8%). 30% đối tượng là nội trợ, 25,3% thất nghiệp, 24,5% công chức, viên chức, 20,3% công nhân/nông dân. Tất cả đều có 2 con và có hôn nhân ổn định.



Biểu đồ 3.1. Kiến thức của các bà mẹ về dự phòng bệnh sởi (n=400)

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ kiến thức của bà mẹ về dự phòng bệnh sởi, tỷ lệ không đạt nhiều hơn gấp đôi tỷ lệ đạt với 69%, tỷ lệ đạt chỉ chiếm 31%.

Bảng 3.1. Kiến thức của các bà mẹ về bệnh sởi (n=400)

Đặc điểm		n	%
Kiến thức về đường lây	Hô hấp	320	80,0
	Không biết	41	10,3
	Máu	33	8,3
	Da, niêm mạc	3	0,8
	Tiêu hóa	3	0,8
Nhận thức về sự nguy hiểm của bệnh sởi	Nguy hiểm vì biến chứng, có thể tử vong	357	89,3
	Không biết	41	10,3
	Không nguy hiểm, tự khỏi	2	0,5
Nguyên nhân mắc sởi	Do vi rút sởi	233	58,3
	Do vi khuẩn sởi	72	18,0
	Do thời tiết	55	13,8
	Không biết	50	12,5
Triệu chứng sởi	Ho	372	93,0
	Sốt	319	79,8
	Phát ban	133	33,3
	Viêm kết mạc	8	2,0
	Sung hạch sau tai	5	1,3
	Hạt Koplic	3	0,8
Biến chứng của sởi	Viêm phổi	207	51,7
	Hội chứng màng não	129	32,3
	Viêm não	112	28,0
	Tiêu chảy	33	8,3
	Viêm tai giữa	7	1,8

Kiến thức của bà mẹ về đường lây truyền bệnh qua đường hô hấp cao nhất 80%, 10,3% không biết sởi lây truyền qua đâu. 89,3% bà mẹ cho rằng bệnh sởi nguy hiểm vì biến chứng có thể gây tử vong, 10,3% không biết vì sao bệnh sởi nguy hiểm. Kiến thức về nguyên nhân mắc sởi là do vi rus sởi chỉ 58,3%. Kiến thức về triệu chứng thường gặp như phát ban sởi, viêm kết mạc,... còn thấp, Kiến thức về biến chứng viêm phổi của bệnh sởi thấp 51,7%, viêm não 28%.

Bảng 3.2. Kiến thức của các bà mẹ về khả năng phòng bệnh sởi (n=400)

Đặc điểm		n	%
Bệnh sởi có thể phòng được không	Phòng được	399	99,8
	Không phòng được	1	0,2
Biết về miễn dịch tự nhiên mẹ truyền sang con	Biết	305	76,3
	Không biết	95	23,8
Khả năng phòng bệnh của vắc xin sởi	Phòng được	400	100,0
Số mũi vắc xin phòng sởi cho trẻ	1 mũi	27	6,8
	2 mũi	192	48,0
	3 mũi	48	12,0
	Không biết	133	33,2
Thời điểm tiêm vắc xin sởi mũi đầu	6 tháng	75	18,8
	9 tháng	293	73,3
	≥12 tháng	3	0,8
	Không biết	29	7,2

Gần như tuyệt đối bà mẹ cho rằng sởi có thể phòng dc (99,8%), 76,3% bà mẹ biết về miễn dịch mẹ truyền sang con. Tất cả bà mẹ trong nghiên cứu đều cho rằng vắc xin sởi có thể phòng được bệnh sởi, 6,8% cho rằng phác đồ tiêm sởi có 1 mũi, 48% cho rằng phác đồ tiêm phòng sởi có 2 mũi, 12% 3 mũi và 33,2% không biết phác đồ tiêm sởi có mấy mũi. 73,3% bà mẹ cho rằng thời điểm tiêm vắc xin sởi mũi đầu là 9 tháng, 18,8% cho rằng 6 tháng, 0,8% cho rằng trên 12 tháng và 7,2% trả lời không biết.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kiến thức về dự phòng bệnh sởi và yếu tố dân tộc, tôn giáo, nơi sống (n=400)

Kiến thức về dự phòng bệnh sởi		Đạt n (%)	Không đạt n (%)	OR (KTC)	P
Tuổi	19-29	134 (63)	77(37)	1,8 (1,2-1,8)	0,007*
	≥30	145 (75,5)	47 (24,5)		
Học vấn	≤THCS	11 (45,8)	13 (54,2)		0,006*
	THPT	82 (62,6)	49 (37,4)		
	Trung cấp/cao đẳng	109 (73,6)	39 (26,4)		
	Đại học/sau đại học	74 (76,3)	23 (23,7)		
Nghề nghiệp	Hiện đi làm	133 (74,3%)	143 (64,7%)	1,6 (1-2,4)	0,039*
	Tạm thời không đi làm/thất nghiệp	46 (25,7%)	78 (35,3%)		
Dân tộc	Kinh	274 (70,3)	116 (29,7)	0,9 (0,5-1,6)	0,001*
	Dân tộc khác	2 (20)	8 (80)		
Tôn giáo	Có	59 (68,6)	27 (31,4)	0,9 (0,6-1,6)	0,929
	Không	217 (69,1)	97 (30,9)		
Nơi sống	Thành thị	72 (71,3)	29 (28,7)	0,9 (0,5-1,4)	0,565
	Nông thôn	204 (68,2)	95 (31,8)		

Độ tuổi có mối tương quan thuận với kiến thức đạt về dự phòng sởi, mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$, $OR = 1,8$; $KTC: 1,2-2,8$).

Yếu tố dân tộc có liên quan tới kiến thức dự phòng bệnh sởi, sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; $OR = 0,9$; $KTC: 0,5-1,6$).

Yếu tố học vấn có mối liên quan thuận tới kiến thức về dự phòng sởi, người có trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ kiến thức đạt càng cao.

Yếu tố nghề nghiệp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức dự phòng sởi ($P < 0,05$, $OR = 1,6$; $KTC: 1-2,4$). Trong nhóm có việc làm tỷ lệ trả lời đạt chiếm 74,3%; nhóm tạm thời không đi làm/thất nghiệp tỷ lệ đạt chiếm 64,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức dự phòng bệnh sởi

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức dự phòng sởi đạt là 31%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn với kết quả của Mai Thị Lan Hương khi nghiên cứu này cho thấy có 97,6% kiến thức đạt, chỉ 2,4% chưa đạt ². Nghiên cứu của Đoàn Văn Dương (2016) có kết quả 86,3% đạt, 13,7% chưa đạt ³. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương Năm 2014 nhận thấy 39,5% bà mẹ có kiến thức dự phòng sởi tốt, 54,3% kiến thức trung bình, 6,2% kiến thức kém ⁴. Để có cái nhìn khách quan hơn về vấn đề này, chúng tôi bàn luận sâu hơn vào các câu hỏi sau. 80% bà mẹ trả lời đúng sởi lây truyền qua đường hô hấp. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác.

Đoàn Văn Dương (2016) nhận thấy 56,1% bà mẹ biết bệnh sởi lây truyền qua đường hô hấp³. Có thể thấy sau khi trải qua các đợt dịch bệnh nguy hiểm như Covid-19, Bạch Hầu, Ho gà, Sởi,.. Các bà mẹ đã có kiến thức hơn về đường lây truyền của bệnh. 58,3% bà mẹ trả lời đúng nguyên nhân mắc sởi là do vi rút sởi. Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Mai Thị Lan Hương khi có 60,2% PNCT biết nguyên nhân gây ra bệnh sởi là virus Sởi². 89,3% bà mẹ trả lời đúng bệnh sởi nguy hiểm vì biến chứng có thể gây tử vong. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Mai Thị Lan Hương (2021) nhận thấy 94,6% các đối tượng nhận thấy bệnh sởi nguy hiểm vì gây biến chứng có thể dẫn đến tử vong².

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy viêm phổi là biến chứng được trả lời nhiều nhất với 51,7%; 32,3% cho rằng là hội chứng màng não; 28% viêm não; 8,3% tiêu chảy; 1,8% viêm tai giữa. Việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời đóng vai trò quan trọng để ngăn chặn những biến chứng do sởi gây ra, đồng thời có biện pháp cách ly, ngăn chặn việc lây lan hình thành dịch bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi 93% bà mẹ cho rằng ho là biểu hiện mắc sởi, 79,8% cho rằng sốt là triệu chứng của sởi. Những dấu hiệu điển hình của bệnh sởi lại có tỷ lệ nhận biết thấp hơn 33,3% phát ban, 2% viêm kết mạc, 1,3% sưng hạch sau tai, 0,8% xuất hiện hạt Koplic, 0,5% đau khớp. kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu của Mai Thị Lan Hương khi nghiên cứu này có 96,6% đối tượng cho rằng phát ban toàn thân là triệu chứng của bệnh sởi, những triệu chứng như sưng hạch sau tai, xuất hiện hạt Koplick thấp hơn rất nhiều với tỷ lệ lần lượt là 42,6% và 10,6%². Nghiên cứu của Trần Thúy Hạnh (2014) nhận thấy 85,4% bà mẹ biết triệu chứng phát ban toàn thân là triệu chứng của

bệnh sởi, những dấu hiệu sớm của bệnh như sưng hạch sau tai, viêm long đường hô hấp, dấu hiệu hạt Koplick thì được phát hiện với tỷ lệ thấp 15%-20%⁵.

Tất cả những người chưa bị mắc bệnh sởi hoặc chưa được gây miễn dịch đầy đủ bằng vắc xin sởi đều có cảm nhiễm với bệnh sởi. Sau khi mắc bệnh sởi tự nhiên sẽ được miễn dịch bền vững. Bệnh sởi nguy hiểm nhất đối với trẻ em nhỏ tuổi (< 3 tuổi). Trẻ em được sinh từ người mẹ trước đây đã bị bệnh sởi thì trẻ đó sẽ được miễn dịch thụ động do kháng thể mẹ truyền cho trong khoảng từ 6 đến 9 tháng tuổi hoặc lâu hơn tùy thuộc vào số lượng kháng thể mẹ tồn dư trong thời gian có thai và tỷ lệ giảm kháng thể trong máu mẹ⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần như tuyệt đối các bà mẹ cho rằng sởi có thể phòng dc (99,8%), 76,3% bà mẹ biết về miễn dịch mẹ truyền sang con. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn với các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Mai Thị Lan Hương nhận thấy 67,5% PNCT biết miễn dịch của mẹ truyền cho trẻ có thể bảo vệ trong khoảng 6-9 tháng đầu sau sinh². Nghiên cứu của Lê Hồng Trường tỷ lệ này là 34%. Trong nghiên cứu của Đoàn Văn Dương là 18%⁷.

4.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về dự phòng bệnh sởi

Độ tuổi có mối tương quan thuận với kiến thức đạt về dự phòng sởi, mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$, $OR = 1,8$; KTC: 1,2-2,8). Trong nhóm 18-29 tuổi có 63% đạt, 37% đạt. Tỷ lệ này trong nhóm từ 30 tuổi trở lên lần lượt là 75,5%; 24,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác^{3,4,8}. Do đó việc tuyên truyền, giáo dục cần được thực hiện phù hợp với các nhóm đối tượng có độ tuổi khác nhau. Yếu tố dân tộc có liên quan tới kiến thức dự phòng bệnh sởi, sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; $OR = 0,0$; KTC: 0,5-

1,6). Trong nhóm dân tộc Kinh, tỷ lệ có kiến thức đạt là 70,3%; không đạt 29,7%. Tỷ lệ này trong nhóm dân tộc khác lần lượt là 20%; 80%. Yếu tố học vấn có mối liên quan thuận tới kiến thức về dự phòng sởi, người có trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ kiến thức đạt càng cao ($p < 0,05$). Trong nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở xuống có 54,2% đạt; 45,8% không đạt. Trong nhóm trình độ học vấn THPT có 62,6% đạt, 37,4% không đạt. Trong nhóm Trung cấp/Cao đẳng có 73,6% đạt, 26,4% không đạt. Trong nhóm Đại học/ sau đại học tỷ lệ này lần lượt là 76,3%; 23,7%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Mai Thị Lan Hương, nhóm các bà mẹ có trình độ học vấn trên THPT có kiến thức tốt gấp 2,8 lần nhóm bà mẹ có trình độ học vấn dưới THPT, mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, $OR = 2,8$, KTC: 1,79-4,35)². Yếu tố nghề nghiệp có, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức dự phòng sởi ($P < 0,05$, $OR = 1,6$; KTC: 1-2,4). Trong nhóm có việc làm tỷ lệ trả lời đạt chiếm 74,3%; nhóm tạm thời không đi làm/thất nghiệp tỷ lệ đạt chiếm 64,7%. Tỷ lệ này phù hợp với một số nghiên cứu khác^{2,8}.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của bà mẹ về dự phòng bệnh sởi còn thấp. Tỷ lệ bà mẹ chưa đạt về kiến thức về nguyên nhân mắc bệnh sởi, triệu chứng của bệnh sởi; biến chứng và tiêm vắc xin phòng bệnh của bệnh sởi còn cao, vì vậy công tác tuyên truyền và giáo dục sức khỏe tại cộng đồng cần thực hiện đầy đủ và thường xuyên. Các yếu tố độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức dự phòng sởi đạt của các bà mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Kính.** Bệnh học truyền nhiễm. Nhà xuất bản Y học; 2016:256-263.
2. **Mai Thị Lan Hương.** Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống bệnh sởi của phụ nữ mang thai tại thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh năm 2020 và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sĩ Y học Dự phòng. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
3. **Đoàn Văn Dương.** Thực trạng dịch sởi, công tác đáp ứng phòng chống dịch và kiến thức, thực hành của bà mẹ về bệnh sởi tại 5 xã của huyện Ngọc Lặc, tỉnh Thanh Hóa năm 2016. Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng. Đại học Y Dược Thái Bình; 2017.
4. **Nguyễn Thị Thu Hương.** Tìm hiểu kiến thức về bệnh sởi của các bà mẹ chăm con tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. Khóa Luận Cử Nhân Y Khoa. Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Trần Thúy Hạnh.** Đánh giá kiến thức, kỹ năng và thái độ của các bà mẹ có con mắc sởi đang điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014. Bệnh viện Bạch Mai; 2015.
6. **Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Bộ Y Tế, Chương trình tiêm chủng mở rộng.** Lịch sử hình thành và thành quả của tiêm chủng mở rộng. Published online 2021.
7. **Lê Hồng Trường.** Nghiên cứu đặc điểm dịch sởi, công tác phòng chống dịch và kiến thức, thực hành của bà mẹ về bệnh sởi tại huyện Mường La, tỉnh Sơn La năm 2014. Luận án Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Thái Bình; 2014.
8. **Đinh Thị Diễm Thủy.** Kiến thức phòng bệnh Sởi của thân nhân người bệnh tại Khoa Nhi Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 11/2009 đến tháng 4/2010. Đề tài cấp cơ sở. Bệnh viện Nhi Đồng 2; 2011.

KẾT QUẢ GIẢI TRÌNH TỰ BIẾN THỂ SỐ LƯỢNG BẢN SAO (CNV-SEQ) Ở THAI NHI CÓ TĂNG KHOẢNG SÁNG SAU GÁY

Nguyễn Thị Hảo¹, Tăng Xuân Hải¹, Trần Anh Tú^{1*}, Ngô Văn Cảnh¹,
Lương Thị Kim Oanh¹, Đinh Thị Quỳnh¹, Lê Thế Thắng¹,
Hồ Thị Thanh Huyền¹, Hoàng Minh Trường¹, Lê Hoài Anh¹, Đào Thị Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả giải trình tự biến thể bản sao qua kỹ thuật CNV-seq (Copy Number Variations – sequencing) ở thai nhi có tăng khoảng sáng sau gáy (KSSG). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 54 thai nhi có kết quả siêu âm tăng KSSG được tiến hành chọc hút lấy mẫu dịch ối để chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật CNV-seq và lập công thức nhiễm sắc thể (NST) karyotype tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện bất thường NST bằng giải trình tự số lượng bản sao CNV-seq ở thai có tăng KSSG là 29,6% cao hơn so với karyotype phát hiện được 27,8%. KSSG càng tăng, tỉ lệ bất thường tìm thấy trên CNV-seq càng tăng. Trong đó, nhóm KSSG 5,5-6,4 mm có tỉ lệ lệch bội và CNV gây bệnh/có khả năng gây bệnh cao nhất. Nhóm KSSG tăng kèm bất thường cấu trúc hình thái có tỉ lệ bất thường CNV-seq cao hơn nhóm tăng KSSG đơn độc. **Kết luận:** Kỹ thuật CNV-seq nên được khuyến cáo trong thực hiện chẩn đoán trước sinh cho tất cả thai nhi có tăng KSSG nói riêng và có bất thường siêu âm nói chung để tìm thêm các bất thường vi mất đoạn/nhân đoạn NST gây bệnh/có thể gây bệnh.

Từ khóa: Biến thể số lượng bản sao, CNV-seq, chẩn đoán trước sinh, tăng khoảng sáng sau gáy.

SUMMARY

RESULTS OF COPY NUMBER VARIATION SEQUENCING (CNV-SEQ) IN FETUSES WITH INCREASED NUCHAL TRANSLUCENCY

Objective: To evaluate the outcomes of copy number variation sequencing (CNV-seq) in fetuses with increased nuchal translucency (NT). **Methods:** This retrospective, cross-sectional study included 54 fetuses with increased NT detected on ultrasound, who underwent amniotic fluid sampling for prenatal diagnosis using CNV-seq and karyotyping at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** The detection rate of chromosomal abnormalities using CNV-seq in fetuses with increased NT was 29.6%, higher than the 27.8% detection rate with karyotyping. The greater the increase in NT, the higher the abnormality detection rate with CNV-seq. The group with NT between 5.5-6.4 mm had the highest rates of aneuploidy and pathogenic/potentially pathogenic CNVs. Fetuses with both increased NT and structural morphological abnormalities had a higher CNV-seq abnormality detection rate compared to those with isolated increased NT. **Conclusion:** CNV-seq should be recommended for prenatal diagnosis in all fetuses with increased NT, as well as those with ultrasound abnormalities, to detect additional pathogenic/potentially pathogenic microdeletions/duplications.

Keywords: Copy number variation, CNV-seq, prenatal diagnosis, increased nuchal translucency.

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Hai tác giả đóng góp tương đương nhau

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hảo
SĐT: 0356014135

Email: haohao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng sáng sau gáy là thuật ngữ dùng để đánh giá sự tích tụ dịch dưới da ở phía sau gáy thai nhi bằng siêu âm thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày. KSSG tăng được định nghĩa khi ≥ 3 mm hoặc trên bách phân vị 99th tương ứng với chiều dài đầu mông [1]. KSSG tăng có liên quan đến lệch bội nhiễm sắc thể (NST), các bất thường cấu trúc hình thái (dị tật tim, khe hở môi hàm), vi mất đoạn/vi nhân đoạn, bất thường đơn gen (hội chứng Noonan, hội chứng Smith–Lemli–Opitz,...) [2]. Phân tích nhiễm sắc thể đồ (karyotype) có thể phát hiện lệch bội và mất/nhân đoạn, chuyển đoạn NST kích thước trên 5 Mb. Tuy nhiên, giá trị của nó bị hạn chế do thời gian trả kết quả lâu và độ phân giải thấp trong chẩn đoán trước sinh. Gần đây, giải trình tự biến thể số lượng bản sao (Copy Number Variations – sequencing/CNV-seq) dựa trên giải trình tự thế hệ mới (Next generation sequencing/NGS) đã được phát triển và áp dụng ngày càng rộng rãi. Đây là phương pháp phát hiện được lệch bội NST tương tự như NST đồ, đồng thời xác định được các vi mất đoạn/vi nhân đoạn từ trên 100 kb (độ phân giải và phạm vi khảo sát rộng hơn) mà NST đồ không phát hiện được, trong khi thời gian trả kết quả nhanh 1-2 tuần [3]. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa tăng KSSG với các bất thường lệch bội của thai nhi như trisomy 21 (hội chứng Down) [4], [5]. Mặc dù vậy, nghiên cứu các bất thường di truyền ở thai có tăng KSSG, đặc biệt là các biến thể số lượng bản sao (CNV) còn rất ít [6]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: “*Đánh giá kết quả giải trình tự biến thể bản sao qua kỹ thuật CNV-seq ở thai nhi có tăng khoảng sáng sau gáy tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm: Trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng

01/2021 đến tháng 12/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 54 thai nhi đáp ứng tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đơn thai sống với tuổi thai ≥ 16 tuần, có chỉ định chọc ối chẩn đoán trước sinh vì kết quả siêu âm tăng KSSG $\geq 3,0$ mm và được thực hiện cả hai xét nghiệm CNV-seq và karyotype trên mẫu dịch ối.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp thai nhi không có đủ hai kết quả xét nghiệm CNV-seq và karyotype.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang. Thu thập các thông tin lâm sàng của thai phụ, kết quả siêu âm thai và kết quả xét nghiệm di truyền (CNV-seq và karyotype) trong các hồ sơ chẩn đoán trước sinh đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Kỹ thuật sử dụng trong chẩn đoán trước sinh được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và Viện Di truyền Y học. Mẫu ối được đồng thời làm hai xét nghiệm: NST đồ tế bào ối: 10 mL dịch ối để nuôi cấy tế bào ối, lập karyotype theo tiêu chuẩn của hội nghị quốc tế về Di truyền người 2019 (ISCN). Kỹ thuật CNV-seq: sử dụng NABNext kit Hoa Kỳ để phân cắt DNA. Sau đó, DNA được tiến hành giải trình tự thế hệ mới trên hệ thống NextSeq, Illumina (Hoa Kỳ). Kết quả giải trình tự được so sánh với bộ gen tham chiếu (hg19) (bộ gen tham chiếu được chia nhỏ thành các vùng có kích thước 100 kb) để nhận dạng lệch bội NST, mất đoạn/nhân đoạn nhỏ có kích thước từ 400 kb trở lên. Phân lớp: CNV được phân lớp dựa trên các cơ sở dữ liệu sau: DECIPHER (<http://decipher.sanger.ac.uk/>), DGV (<http://dgv.tcag.ca/dgv/app/home>), 1000 genomes (<https://www.internationalgenome.org/>), OMIM (<https://omim.org/>). CNV được chia thành 03 nhóm: CNV lành tính/có khả năng lành tính: là CNV không xuất hiện thường xuyên ở các cá thể với bệnh lý xác định nhưng xuất hiện thường xuyên trong nhóm người khỏe mạnh. CNV chưa rõ chức năng (variants of certain significance - VUS): là CNV chưa được công bố trong các nghiên

cứu hoặc nếu đã công bố thì chứng cứ về chức năng chưa đầy đủ. CNV gây bệnh/có khả năng gây bệnh (pathogenic/likely pathogenic -

P/LP: là CNV có đầy đủ chứng cứ lâm sàng, ngay cả nếu độ biểu hiện (expressivity) và tính thâm (penetrance) của CNV thay đổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi mẹ

Bảng 1: Phân bố tuổi mẹ theo nhóm tuổi

Phân loại theo nhóm tuổi	n	%
< 20 tuổi	2	3,7
20 - 34 tuổi	39	72,2
≥ 35 tuổi	13	24,1
Tổng số	54	100
Tuổi trung bình	30,1 ± 6,6 (19 – 43)	

Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu này ở nhóm tuổi từ 20-34, chiếm 72,2%. Gần ¼ (24,1%) các thai phụ trong nghiên cứu ở nhóm thai phụ tuổi cao (≥ 35 tuổi). Độ tuổi trung bình của thai phụ là 30,1 ± 6,6 tuổi

3.1.2. Đặc điểm bất thường siêu âm

Bảng 2: Tỷ lệ các nhóm tăng khoảng sáng sau gáy

	n	%
Bất thường tăng khoảng sáng sau gáy		
Tăng KSSG đơn độc	42	77,8
Tăng KSSG kết hợp	12	22,2
Nhóm KSSG		
3-3,4 mm	14	25,9
3,5-4,4 mm	27	50,0
4,5-5,4 mm	9	16,7
5,5-6,4 mm	3	5,6
≥6,5 mm	1	1,8
Tổng	54	100
Trung bình	4,0 ± 0,8 (3,0 – 6,8)	

Có 77,8% trường hợp thai nhi tăng KSSG đơn độc, còn lại 22,2% là có tăng KSSG kèm các bất thường khác. Kết quả đo tăng KSSG nhiều nhất là nhóm 3,5-4,4 mm chiếm tỷ lệ là 50%, theo sau là nhóm tăng KSSG có kích thước từ 3-3,4mm. KSSG trung bình là 4,0±0,8 (3,0 – 6,8) mm.

3.2. Kết quả phân tích di truyền

Bảng 3. Kết quả CNV-seq và karyotype trên mẫu dịch ối

Kết quả		CNV-seq		Karyotype	
		n	%	n	%
Bất thường	Chung	16	29,6	15	27,8
	Lệch bội NST 47,XX/XY,+21	12		12	
	Mất đoạn/nhân đoạn ≥ 5Mb	4#		3	
	Mất đoạn/nhân đoạn < 5Mb	1#		0	
Bình thường		38	70,4	39	72,2
Tổng		54	100	54	100

#: tổng số 5 mất/nhân đoạn ghi nhận ở 4 bệnh nhân

CNV-seq phát hiện được 16/54 (29,6%) trường hợp bất thường trong khi karyotype phát hiện được 15/54 (27,8%) trường hợp.

Về bất thường lệch bội NST: có 12 trường hợp đều là trisomy 21. Kết quả CNV-seq cho kết quả tương đồng với kết quả karyotype.

Về bất thường cấu trúc NST: CNV-seq phát hiện được 5 CNV ở 4 mẫu ối (1 mẫu ối phát hiện 2 CNV, chi tiết trong bảng 4). Trong đó, có 4 mất đoạn/nhân đoạn ≥ 5 Mb và 1 mất đoạn/nhân đoạn < 5 Mb. Karyotype không phát hiện được 1 trường hợp có nhân đoạn < 5 Mb

Bảng 4. So sánh các kết quả karyotype và CNV-seq trong các trường hợp bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể

Kiểu hình	Công thức NST	Kết quả CNV-seq
KSSG 5,6 mm	46,XX,dup(6)(p22p25) (Lặp đoạn nhánh ngắn NST số 6)	dup(6)(p25.1-p22.3) (Nhân đoạn 18,5 Mb NST số 6 phân lớp có khả năng gây bệnh)
KSSG 5,6 mm - Thiếu sản xương mũi	46,XY,add(22)(p13) (Thêm đoạn NST chưa rõ nguồn gốc gắn vào nhánh ngắn NST số 22)	dup(22)(q13.1-q13.33) (Nhân đoạn 13,5 Mb NST số 22 phân lớp gây bệnh)
KSSG 4,0 mm	46,XY,add(7)(q36) (Thêm đoạn NST chưa rõ nguồn gốc gắn vào nhánh dài NST số 7)	- dup(8)(p23.3-p11.22) (Nhân đoạn 38,9 Mb NST số 8 phân lớp gây bệnh) - del(7)(q36.1-q36.3) (Mất đoạn 7,6 Mb NST số 7 phân lớp gây bệnh)
KSSG 3,9 mm	46,XY (Bình thường)	dup(17)(p13.1) (Nhân đoạn 1,2 Mb NST số 17 phân lớp chưa rõ chức năng)

Có 4 trường hợp kết quả karyotype và CNV-seq không tương đồng hoàn toàn. Trong 5 CNV có 1 nhân đoạn < 5 Mb không phát hiện được trên karyotype. Trong đó, có 4 CNV ở phân lớp gây bệnh/có khả năng gây bệnh và 1 CNV ở phân lớp chưa rõ chức năng. Karyotype phát hiện được 3 trường hợp có bất thường cấu trúc, trong đó, 2 trường hợp không rõ nguồn gốc của mất đoạn/nhân đoạn.

Bảng 5. Phân bố bất thường di truyền với khoảng sáng sau gáy và bất thường cấu trúc

	Không bất thường	Lệch bội	CNV P/LP	CNV VUS
Nhóm KSSG				
3-3,4 mm (n=14)	11 (78,6)	3 (21,4)	0	0
3,5-4,4 mm (n=27)	19 (70,4)	6 (22,2)	1 (3,7)	1 (3,7)
4,5-5,4 mm (n=9)	7 (77,8)	2 (22,2)	0	0
5,5-6,4 mm (n=3)	0	1 (33,3)	2 (66,7)	0
$\geq 6,5$ mm (n=1)	1 (100,0)	0	0	0
Bất thường cấu trúc hình thái kèm theo				
Không (n=42)	36 (85,7)	3 (7,1)	3 (7,1)	0
Có (n=12)	2 (16,7)	9 (75,0)	1 (8,4)	0

KSSG càng tăng, tỉ lệ bất thường tìm thấy trên CNV-seq càng tăng. Trong đó, nhóm KSSG 5,5-6,4 mm có tỉ lệ lệch bội và CNV P/LP cao nhất. Nhóm KSSG tăng kèm bất thường cấu trúc hình thái có tỉ lệ bất thường CNV-seq cao hơn nhóm tăng KSSG đơn độc.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của mẹ là $30,1 \pm 6,6$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 43 tuổi trong đó tuổi thai phụ < 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao là 75,9%. Mặc dù tuổi mẹ cao (≥ 35 tuổi) liên quan tới sự gia tăng nguy cơ lệch bội NST ở thai nhi. Tuy nhiên, phụ nữ mang thai và sinh con ở độ tuổi < 35 tuổi lại chiếm đa số.

Nghiên cứu khảo sát kết quả giải trình tự số lượng biến thể bản sao bằng kỹ thuật CNV-seq ở 54 thai có tăng KSSG phát hiện 29,6% thai bất thường NST. Tỉ lệ này tương đương với tỉ lệ bất thường NST là 28,7% ở nhóm tăng KSSG theo nghiên cứu của Jin Hua và cộng sự năm 2021 [7]. Trong đó, kỹ thuật CNV-seq phát hiện thêm 3 trường hợp CNV gây bệnh, 1 trường hợp CNV có thể gây bệnh và 1 trường hợp CNV chưa rõ chức năng. Karyotype phát hiện được 27,8% bất thường và không phát hiện được 1 trường hợp nhân đoạn kích thước < 5 Mb. Ngoài ra, vì độ phân giải thấp nên karyotype không đánh giá được chính xác nguồn gốc của mất đoạn/nhân đoạn. Cụ thể: Trường hợp số thứ tự 2 (Bảng 4): karyotype phát hiện thêm đoạn NST gắn vào nhánh ngắn NST số 22, nhưng nhờ độ phân giải của kỹ thuật CNV-seq cao hơn nên phát hiện được nhân đoạn 13,5 Mb ở vị trí q13.1-q13.33 trên nhánh dài NST số 22. Trường hợp số thứ tự 3: CNV-seq phát hiện có 2 CNV mất đoạn/nhân đoạn ≥ 5 Mb là: dup(8)(p23.3-p11.22) nhân đoạn 38,9 Mb ở vị trí p23.3-p11.22 trên nhánh ngắn NST số 8 và del(7)(q36.1-q36.3) mất đoạn 7,6 Mb ở vị trí q36.1-q36.3 trên nhánh dài NST số 7 nhưng karyotype chỉ đánh giá được thêm đoạn NST gắn vào nhánh dài NST số 7. Như vậy, thông tin bổ sung do kết quả CNV-seq cung cấp giúp cho bác sĩ có nhiều thông tin trong việc đánh giá ảnh hưởng của CNV đến tiên lượng của thai và tư vấn, quản lý thai kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 42 trường hợp tăng KSSG đơn độc và 12 trường hợp tăng KSSG kết hợp bất thường khác. Tỉ lệ bất thường NST trong nhóm tăng KSSG kèm bất thường cấu trúc hình thái là 83,3% cao hơn so với thai tăng KSSG đơn độc là 14,2%. Ngoài ra, nhóm KSSG 5,5-6,4 mm có tỉ lệ lệch bội và CNV P/LP cao nhất. Hơn nữa, 3 CNV gây bệnh đều xuất hiện ở thai nhi có KSSG $\geq 4,0$ mm, cho thấy khi KSSG tăng lên nguy cơ bất thường NST cũng tăng lên nói chung.

Nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cần được thực hiện để làm rõ hơn cho kết quả trong nghiên cứu bước đầu này.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật CNV-seq tăng khả năng phát hiện các bất thường cấu trúc NST so với karyotype ở các thai nhi có tăng khoảng sáng sau gáy lên 1,8%. CNV-seq giúp làm rõ hơn bản chất của các mất/nhân đoạn NST được phát hiện/nghi ngờ trên NST đồ. Do đó, kỹ thuật CNV-seq nên được thực hiện đồng thời cùng NST đồ ở các thai nhi có tăng KSSG để có kết quả di truyền sớm hơn và chi tiết hơn, giúp cho tiên lượng thai và quản lý thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Committee on Genetics, and Society for Maternal-Fetal Medicine, 'Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities: ACOG Practice Bulletin, Number 226', Obstet. Gynecol., vol. 136, no. 4, pp. e48–e69, Oct. 2020, doi: 10.1097/AOG.0000000000004084.
2. X. Yang et al., 'Diagnostic yield of copy number variation sequencing in fetuses with increased nuchal translucency: a retrospective study', Arch. Gynecol. Obstet.,

- vol. 309, no. 1, pp. 139–144, Jan. 2024, doi: 10.1007/s00404-022-06900-x.
3. **R. Zhang et al.**, ‘Prevalence of chromosomal abnormalities identified by copy number variation sequencing in high-risk pregnancies, spontaneous abortions, and suspected genetic disorders’, *J. Int. Med. Res.*, vol. 47, no. 3, pp. 1169–1178, Mar. 2019, doi: 10.1177/0300060518818020.
 4. **N. H. Long et al.**, ‘Chromosomal defects in increased nuchal translucency fetus’, *Tạp Chí Học Cộng Đồng*, vol. 62, no. 6 (2021), Art. no. 6 (2021), Oct. 2021, doi: 10.52163/yhc.v62i6.
 5. **Trang N. T. et al.**, ‘13. Khảo sát một số chỉ số siêu âm đặc trưng trong sàng lọc hội chứng Down ở quý 1 và quý 2 thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương’, *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*, vol. 155, no. 7, Art. no. 7, Jun. 2022, doi: 10.52852/tcncyh.v155i7.819.
 6. **Lan H. T. N. et al.**, ‘Chẩn đoán di truyền với thai có tăng khoảng sáng sau gáy hoặc cystic hygroma vùng gáy bằng kỹ thuật snp array’, 2023.
 7. **H. Jin et al.**, ‘A Chinese multicenter retrospective study of isolated increased nuchal translucency associated chromosome anomaly and prenatal diagnostic suggestions’, *Sci. Rep.*, vol. 11, no. 1, p. 5596, Mar. 2021, doi: 10.1038/s41598-021-85108-6.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG THIẾU SẮT, KẼM Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023

Phan Thị Diệu Ngọc¹, Nguyễn Thị Hồng Hạnh¹,
Trần Thị Kim Quý¹, Vũ Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt, kẽm ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Nghệ An năm 2023. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên trẻ đến khám tại Phòng khám dinh dưỡng - Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Nghệ An từ tháng 02/2023 đến tháng 06/2023. **Kết quả:**

Trẻ sống ở khu vực nông thôn nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,2 lần, thiếu kẽm cao gấp 2,8 lần so với trẻ sống ở thành thị, trẻ hoàn thành bữa ăn trên 30 phút nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,9 lần so với trẻ có thời gian hoàn thành bữa ăn từ 30 phút trở xuống. Trẻ thường không ăn hết khẩu phần ăn mỗi bữa trong ngày nguy cơ thiếu sắt cao gấp 4 lần so với trẻ thường ăn hết khẩu phần ăn mỗi bữa trong ngày. Trẻ có mẹ làm nghề nông dân/làm thuê nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 4,4 lần so với trẻ có mẹ làm các nghề khác. **Kết luận:** Tình trạng thiếu sắt, kẽm ở trẻ em dưới 5 tuổi còn cao. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ thiếu sắt, thiếu kẽm của trẻ tham gia nghiên cứu với khu vực sống, nghề nghiệp của người mẹ, thời gian trẻ hoàn

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Diệu Ngọc
SĐT: 0919238459

Email: nguyennngoc.vmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

thành bữa ăn, trẻ thường không ăn hết khẩu phần ăn mỗi bữa trong ngày.

Từ khóa: thiếu vi chất, dinh dưỡng, trẻ em, thiếu sắt, thiếu kẽm.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO IRON AND ZINC DEFICIENCY IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD VISITING NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023

Objective: To analyze factors related to iron and zinc deficiency in children under 5 years old visiting Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on children visiting the Nutrition and Dietetics Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from February 2023 to June 2023. **Results:** Children living in rural areas had a 3.2 times higher risk of iron deficiency and a 2.8 times higher risk of zinc deficiency compared to children living in urban areas. Children who took more than 30 minutes to finish a meal had a 3.9 times higher risk of iron deficiency compared to those who finished their meals in 30 minutes or less. Children who often did not finish their portions at each meal had a 4 times higher risk of iron deficiency compared to those who usually finished their meals. Children whose mothers were farmers or laborers had a 4.4 times higher risk of zinc deficiency compared to children whose mothers had other occupations. **Conclusion:** The rates of iron and zinc deficiency in children under 5 years old remain high. There is a statistically significant association between the rates of iron and zinc deficiency among the studied children and factors such as living area, the mother's occupation, the time taken by the child to finish meals, and the child's habit of finishing or not finishing meals.

Keywords: lack of micronutrient, nutrition, children, zinc deficiency, iron deficiency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển về thể chất và tinh thần ở trẻ em, đặc biệt đối với trẻ dưới 5 tuổi. Suy dinh dưỡng, thừa cân béo phì và thiếu vi chất dinh dưỡng hiện nay đang là các vấn đề sức khỏe liên quan dinh dưỡng cần được quan tâm nhất là ở các nước đang phát triển. Sự thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng dẫn đến hậu quả tăng trưởng kém, suy giảm trí tuệ, tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong ở trẻ em [1]. Sắt và kẽm là một trong những vi chất dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng đối với cơ thể. Thiếu sắt là tình trạng thiếu vi chất phổ biến, tồn tại ở tất cả các quốc gia trên thế giới [2] và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tình trạng thiếu máu ở trẻ em [3]. Thiếu kẽm phổ biến ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và góp phần gây ra các bệnh tiêu chảy, viêm phổi, sốt rét ở trẻ [3]. Theo UNICEF, hiện nay trên thế giới có khoảng 2 tỷ người có nguy cơ thiếu đa vi chất, còn được coi là “thiếu ăn tiềm tàng”. Tại Việt Nam, theo điều tra của Viện Dinh dưỡng (2015), tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi là 27,8%, tỷ lệ này có xu hướng cao hơn ở miền núi và nông thôn so với ở thành thị [4]. Bên cạnh đó, tỷ lệ thiếu kẽm ở trẻ em dưới 5 tuổi lên tới 69,4%. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt, kẽm ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Nghệ An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ đến khám tại Khoa Dinh dưỡng Tiết chế Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Nghệ An trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ dưới 5 tuổi và gia đình/người chăm sóc đồng ý trả lời câu hỏi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ mắc các bệnh mạn tính như thalassemia, nhiễm trùng mạn tính, viêm gan mạn tính.

- Trẻ mắc các bệnh viêm nhiễm cấp tính chưa điều trị khỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2023 đến tháng 06/2023

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Dinh dưỡng Tiết chế Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Nghệ An

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn các trẻ dưới 5 tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đến khám tại Khoa Dinh Dưỡng Tiết Chế bệnh viện Sản Nhi tỉnh Nghệ An trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Cỡ mẫu tối thiểu là 105 trẻ. Dự phòng 10% bỏ cuộc, tổng cỡ mẫu tối thiểu dự kiến tham gia nghiên cứu là 116 trẻ. Thực tế có 147 trẻ tham gia nghiên cứu.

2.4. Công cụ, phương pháp thu thập số liệu

2.4.1. Phương pháp thu thập số liệu:

- Kỹ thuật tính tuổi: Tuổi của trẻ được tính bằng cách lấy ngày, tháng năm điều tra trừ đi ngày tháng năm sinh của trẻ và phân loại theo WHO năm 2006.

- Kỹ thuật cân trẻ: Khi cân, cân cần được đặt trên một mặt phẳng, trẻ được cởi bỏ bớt quần áo chỉ mặc một bộ quần áo mỏng, bỏ giày, dép, mũ nón và các vật nặng khác. Đọc và ghi cân nặng của trẻ lấy một số thập phân (đơn vị kg).

- Kỹ thuật đo chiều dài nằm/chiều cao.

+ Đo chiều dài nằm đối với trẻ dưới 2 tuổi.

Đặt thước nằm trên giường sau đó đặt trẻ nằm lên thước. Người thứ nhất giữ đầu trẻ sao cho mắt trẻ hướng thẳng lên trần nhà, đỉnh đầu chạm vào thanh chặn điểm đầu chạm vào mốc 0 cm. Người thứ 2 giữ thẳng gối của trẻ sao cho hai gối trẻ thẳng, 2 gót chân chạm vào nhau, đảm bảo 9 điểm chạm: 2 gót chân, 2 bụng chân, 2 mông, 2 vai, cằm áp sát vào thước đo. Trục cơ thể trùng với trục thước đo, dùng tay còn lại đưa thanh chặn áp sát vào bàn chân, bàn chân thẳng đứng vuông góc với mặt thước. Đọc và ghi kết quả lấy một số thập phân (cm).

+ Đo chiều cao đứng đối với trẻ trên 2 tuổi.

Đặt thước đo thẳng đứng, vuông góc với mặt đất nằm ngang, trẻ đứng quay lưng vài thước đo, đảm bảo 5 điểm chạm, trục của thân trùng với trục của cơ thể trẻ, mắt trẻ hướng thẳng ra phía trước, giữ thẳng hai đầu gối, hai gót chân chạm nhau, đẩy êke di động áp sát vào đỉnh đầu trẻ và vuông góc với mặt thước. Đọc kết quả theo đơn vị là cm với 1 số thập phân.

- Các xét nghiệm được phân tích bằng máy xét nghiệm tại Khoa xét Nghiệm Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Nghệ An.

+ Hàm lượng hemoglobin (Hb) trong máu toàn phần.

+ Ferritin huyết thanh.

+ Kẽm huyết thanh.

- Tìm hiểu các yếu tố liên quan bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

2.4.2. Công cụ thu thập số liệu

- Dùng cân Nhơn Hoà để đo cân nặng, kiểm tra cân trước mỗi lần đo.

- Sử dụng thước đo có độ chính xác 0,1cm để đo chiều cao/dài nằm.

- Phiếu kết quả xét nghiệm được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

- Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn xem ở phụ lục.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt của ĐTNC

Bảng 3.1. Yếu tố cá nhân liên quan đến tình trạng thiếu sắt của ĐTNC

Yếu tố cá nhân			Tình trạng thiếu sắt		OR 95%CI	p
			Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính	Nam		16 (23,9)	51 (76,1)	1,608	0,362*
	Nữ		8 (16,3)	41 (83,7)	0,626-4,129	
Tuổi thai lúc sinh	<37 tuần		3 (37,5)	5 (62,5)	2,486	0,359*
	≥37 tuần		21 (19,4)	87 (80,6)	0,550-11,236	
Cân nặng lúc sinh	<2500g		4 (36,4)	7 (63,6)	2,429	0,235*
	≥2500g		20 (19,0)	85 (81,0)	0,648-9,105	
Tình trạng dinh dưỡng	SDD nhẹ cân	Có	8 (30,8)	18 (69,2)	2,056	0,173*
		Không	16 (17,8)	74 (82,2)	0,762- 5,547	
	SDD thấp còi	Có	4 (17,4)	19 (82,6)	0,768	0,780*
		Không	20 (21,5)	73 (78,5)	0,235-2,516	
	SDD gầy còm	Có	6 (42,9)	8 (57,1)	3,500	0,040*
		Không	18 (17,6)	84 (82,4)	1,081-11,328	
Tình trạng thiếu máu	Có		13 (39,4)	20 (60,6)	4,255	0,004*
	Không		11 (13,3)	72 (86,7)	1,656-10,929	

* Chi Square' Test

Trẻ SDD gầy còm có nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,5 lần so với trẻ không bị SDD. Trẻ thiếu máu liên quan thiếu sắt cao gấp 4,2 lần so với trẻ không bị thiếu máu. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, tuổi thai lúc sinh, cân nặng lúc sinh, SDD nhẹ cân và thấp còi với tỷ lệ thiếu sắt của trẻ tham gia trong nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.2. Yếu tố gia đình liên quan đến tình trạng thiếu sắt của ĐTNC

Yếu tố gia đình		Tình trạng thiếu sắt		OR 95%CI	p*
		Có n (%)	Không n (%)		
Khu vực sống	Nông thôn	16 (32,7)	33 (67,3)	3,576	0,010
	Thành thị	8 (11,9)	59 (88,1)	1,383-9,242	
Số con trong gia đình	>2 con	13 (34,2)	25 (65,8)	3,167	0,016
	1-2 con	11 (14,1)	67 (85,9)	1,256-7,988	
Nghề nghiệp của mẹ	Nông dân/làm thuê	13 (26,5)	36 (73,5)	1,838	0,246
	Khác	11 (16,4)	56 (83,6)	0,743-4,547	
Trình độ học vấn của mẹ	Dưới THPT	10 (38,5)	16 (61,5)	3,393	0,025
	Từ THPT trở lên	14 (15,6)	76 (84,4)	1,281-8,988	
Thu nhập bình quân đầu người/tháng	<3 triệu đồng/tháng	3 (27,3)	8 (72,7)	1,500	0,695
	≥3 triệu đồng/tháng	21 (20,0)	84 (80,0)	0,366-6,147	

Trẻ sống ở khu vực nông thôn nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,5 lần so với trẻ sống ở thành thị. Trẻ sống ở hộ gia đình có từ 3 con trở lên nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,1 lần so với trẻ sống ở gia đình có từ 1 đến 2 con. Trẻ có mẹ trình độ học vấn dưới THPT nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,3 lần so với trẻ có mẹ trình độ học vấn từ THPT trở lên.

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp của mẹ, thu nhập bình quân đầu người/tháng của hộ gia đình với tỷ lệ thiếu sắt của trẻ tham gia nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ liên quan đến thiếu sắt

Các yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ		Tình trạng thiếu sắt		OR 95%CI	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Thời gian cho trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ	>6 tháng	2 (33,3)	4 (66,7)	2,071	0,599*
	≤6 tháng	21 (19,4)	87 (80,6)	0,355-12,076	
Thời gian bắt đầu cai sữa trẻ	>18 tháng	2 (40,0)	3 (60,0)	3,778	0,196*
	≤18 tháng	9 (15,0)	51 (85,0)	0,551-25,882	
Lượng sữa tươi trẻ uống/ngày	≥300ml/ngày	2 (50,0)	2 (50,0)	4,769	0,161*
	<300ml/ngày	13 (17,3)	62 (82,7)	0,615-37,015	
Thời gian trẻ hoàn thành bữa ăn	>30 phút	9 (42,9)	12 (57,1)	4,125	0,013*
	≤30 phút	14 (15,4)	77 (84,6)	1,465-11,612	
Trẻ thường ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày	Không	19 (30,2)	44 (69,8)	4,858	0,005*
	Có	4 (8,2)	45 (91,8)	1,530-15,427	

Trẻ hoàn thành bữa ăn trên 30 phút nguy cơ thiếu sắt cao gấp 4,1 lần so với trẻ hoàn thành bữa ăn từ 30 phút trở lên. Trẻ thường không ăn hết khẩu phần ăn mỗi bữa trong ngày nguy cơ thiếu sắt cao gấp 4,8 lần so với trẻ thường ăn hết khẩu phần ăn mỗi bữa trong ngày. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan thời gian cho trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ, thời gian bắt đầu cai sữa, lượng sữa tươi trẻ uống trong ngày với tỷ lệ thiếu sắt của trẻ tham gia nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan với tình trạng thiếu sắt

Các yếu tố trong mô hình		Hệ số hồi quy	OR 95%CI	P
SDD gầy còm	Có	1,271	3,565	0,087
	Không		0,833-15,254	
Tình trạng thiếu máu	Có	0,997	2,710	0,088
	Không		0,863-8,512	
Khu vực sống	Nông thôn	1,184	3,296	0,045
	Thành thị		1,026- 10,416	
Số lượng con trong gia đình	>2 con	0,771	2,163	0,182
	≤2 con		0,697-6,712	
Trình độ học vấn của mẹ	Dưới THPT	0,481	1,618	0,451
	Từ THPT trở lên		0,463-5,648	
Thời gian trẻ hoàn thành bữa ăn	>30 phút	1,367	3,922	0,030
	≤30 phút		1,142-13,472	
Trẻ thường ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày	Không	1,389	4,011	0,042
	Có		1,053-15,276	

Trẻ sống ở khu vực nông thôn nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,2 lần so với trẻ sống ở thành thị. Trẻ hoàn thành bữa ăn trên 30 phút nguy cơ thiếu sắt cao gấp 3,9 lần so với trẻ có thời gian hoàn thành bữa ăn từ 30 phút trở xuống. Trẻ thường không ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày nguy cơ thiếu sắt cao gấp 4 lần so với nhóm trẻ thường ăn hết khẩu phần. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ thiếu sắt với một số yếu tố khác như SDD gầy còm, tình trạng thiếu máu, số lượng con trong gia đình, trình độ học vấn của mẹ ($p>0,05$).

3.2. Yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu kẽm của ĐTNC

Bảng 3.5. Yếu tố cá nhân liên quan đến tình trạng thiếu kẽm của ĐTNC

Yếu tố cá nhân			Tình trạng thiếu kẽm		OR 95%CI	P
			Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính	Nam		23 (33,3)	46 (66,7)	0,692	0,367*
	Nữ		26 (41,9)	36 (58,1)	0,340-1,409	
Tuổi thai lúc sinh	<37 tuần		2 (28,6)	5 (71,4)	0,655	0,711*
	≥37 tuần		47 (37,9)	77 (62,1)	0,122-3,514	
Cân nặng lúc sinh	<2500g		4 (33,3)	8 (66,7)	0,822	1,000
	≥2500g		45 (37,8)	74 (62,2)	0,234-2,887	
Tình trạng dinh dưỡng	SDD nhẹ cân	Có	10 (32,3)	21 (67,7)	0,745	0,532*
		Không	39 (39,0)	61 (61,0)	0,317-1,749	
	SDD thấp còi	Có	8 (28,6)	20 (71,4)	0,605	0,379*
		Không	41 (39,8)	62 (60,2)	0,244-1,503	
	SDD gầy còm	Có	6 (37,5)	10 (62,5)	1,005	1,000*
		Không	43 (37,4)	72 (62,6)	0,341-2,959	
Tình trạng thiếu máu	Có		25 (61,0)	16 (39,0)	4,297	<0,001*
	Không		24 (26,7)	66 (73,3)	1,965-9,395	

* Chi-square test

Trẻ thiếu máu liên quan thiếu kẽm cao gấp 4,2 lần so với trẻ không bị thiếu. Nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, cân nặng lúc sinh, tuổi thai lúc sinh, tình trạng dinh dưỡng với tỷ lệ thiếu kẽm của trẻ tham gia nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.6. Yếu tố gia đình liên quan đến tình trạng thiếu kẽm của ĐTNC

Yếu tố gia đình			Tình trạng thiếu kẽm		OR 95%CI	p*
			Có n (%)	Không n (%)		
Khu vực sống	Nông thôn		32 (60,4)	21 (39,6)	5,468	<0,001
	Thành thị		17 (21,8)	61 (78,2)	2,533-11,802	
Số con trong gia đình	> 2 con		12 (34,3)	23 (65,7)	0,832	0,689
	1- 2 con		37 (38,5)	59 (61,5)	0,370-1,870	
Nghề nghiệp người mẹ	Nông dân/làm thuê		27 (57,4)	20 (42,6)	3,805	0,001
	Khác		22 (26,2)	62 (73,8)	1,787-8,099	
Trình độ học vấn người mẹ	Dưới THPT		16 (57,1)	12 (42,9)	2,828	0,026
	Từ THPT trở lên		33 (32,0)	70 (68,0)	1,202-6,652	
Thu nhập bình quân đầu người/tháng	<3 triệu đồng/tháng		9 (60,0)	6 (40,0)	2,850	0,086
	≥3 triệu đồng/tháng		40 (34,5)	76 (65,5)	0,947-8,576	

Trẻ sống ở khu vực nông thôn nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 5,4 lần so với trẻ em sống ở thành thị. Trẻ có mẹ làm nghề nông/làm thuê nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 3,8 lần so với trẻ có mẹ làm các nghề nghiệp khác. Trẻ có mẹ trình độ học vấn dưới THPT nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 2,8 lần so với trẻ có mẹ từ trình độ học vấn từ THPT trở lên. Nghiên cứu chúng tôi không

tìm thấy mối liên quan giữa số lượng con trong hộ gia đình, thu nhập bình quân đầu người/tháng trong gia đình với tỷ lệ thiếu kẽm của trẻ tham gia nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.7. Yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ liên quan thiếu kẽm

Các yếu tố nuôi dưỡng và chăm		Tình trạng thiếu kẽm		OR 95% CI	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Thời gian trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ	>6 tháng	1 (20,0)	4 (80,0)	0,404 0,044-7,727	0,650*
	≤6 tháng	47 (38,2)	76 (61,8)		
Thời gian bắt đầu cai sữa mẹ	>18 tháng	3 (50)	3 (50)	1,826 0,341-9,789	0,662*
	≤18 tháng	23 (35,4)	42 (64,6)		
Thời gian hoàn thành bữa ăn	>30 phút	14 (58,3)	10 (41,7)	3,161 1,266-7,893	0,017*
	≤30 phút	31 (30,7)	70 (69,3)		
Trẻ thường ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày	Không	23 (33,3)	46 (66,7)	0,773 0,371-1,609	0,575
	Có	22 (39,3)	34 (60,7)		

* Chi-square test

Trẻ có thời gian hoàn thành bữa ăn trên 30 phút nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 3,1 lần so với trẻ hoàn thành bữa ăn từ 30 phút trở xuống. Nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa thời gian cho trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ, thời gian cai sữa, trẻ thường không ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày với tỷ lệ thiếu kẽm của trẻ tham gia nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.8. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan với tình trạng thiếu kẽm

Các yếu tố trong mô hình (Biến độc lập)		Hệ số hồi quy	OR 95% CI	P
Tình trạng thiếu máu	Có	1,150	3,159	0,018
	Không		1,223-8,160	
Khu vực sống	Nông thôn	1,048	2,851	0,029
	Thành thị		1,116-7,286	
Nghề nghiệp của mẹ	Nông dân/làm thuê	1,493	4,451	0,002
	Khác		1,738-11,399	
Trình độ học vấn của mẹ	Dưới THPT	-0,048	0,953	0,931
	Từ THPT trở lên		0,318-2,854	
Thời gian trẻ hoàn thành bữa ăn	>30 phút	0,973	2,645	0,094
	≤30 phút		0,849-8,245	

Trẻ thiếu máu liên quan thiếu kẽm cao gấp 3,1 lần so với trẻ không bị thiếu máu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trẻ sống ở nông thôn nguy cơ kẽm cao gấp 2,8 lần so với trẻ sống ở thành thị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trẻ có mẹ làm nghề nông dân/làm thuê nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 4,4 lần so với trẻ có mẹ làm các nghề khác.

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng thiếu kẽm với một số yếu tố

như trình độ học vấn của bà mẹ, thời gian trẻ hoàn thành bữa ăn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt của đối tượng nghiên cứu

Khi phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy có mối liên quan giữa khu vực sống với tỷ lệ thiếu sắt của trẻ tham gia nghiên cứu. Trẻ sống ở nông thôn nguy cơ thiếu sắt

cao gấp cao gấp 3,2 lần so với trẻ sống ở thành thị. Trẻ thường không ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày nguy cơ thiếu sắt cao gấp 4 lần so với trẻ thường ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày. Điều này có thể giải thích do phần lớn các trẻ này có biểu hiện biếng ăn, kén chọn thức ăn dẫn đến trẻ thường ăn không hết khẩu phần ăn của mình dần dần trẻ bị thiếu hụt các chất dinh dưỡng vì vậy nhóm trẻ này có nguy cơ thiếu sắt cao hơn nhóm trẻ thường ăn hết khẩu phần mỗi bữa trong ngày. Ngoài ra khi phân tích đơn biến nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng trẻ SDD gây còi có nguy cơ thiếu sắt cao 3,5 lần so với trẻ không bị SDD. Sắt là một khoáng chất cần thiết cho sự tăng trưởng và phát triển của cơ thể, nó cùng với protein tạo thành huyết sắc tố (hemoglobin) vì vậy là thành phần quan trọng cần thiết cho quá trình tạo máu chúng tôi còn thấy rằng tỷ lệ trẻ tham gia nghiên cứu thiếu máu thiếu sắt chiếm 39,4% và trẻ thiếu máu có liên quan đến thiếu sắt cao gấp 4,2 lần so với trẻ không bị thiếu máu vì vậy tỷ lệ thiếu sắt, thiếu máu thiếu sắt đã có sự chuyển biến đáng kể tuy nhiên thiếu sắt, thiếu máu thiếu sắt vẫn đang là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng tại Việt Nam theo đánh giá của WHO đặc biệt ở các khu vực nông thôn và miền núi [5].

4.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu kẽm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu thấy rằng trẻ thiếu máu liên quan đến thiếu kẽm cao gấp 3,1 lần so với trẻ không bị thiếu máu. Có mối quan hệ giữa kẽm huyết thanh và huyết sắc tố vì vậy trẻ được chẩn đoán thiếu máu nên được đánh giá tình trạng thiếu kẽm. Trẻ sống ở khu vực nông thôn nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 2,8 lần so với trẻ sống ở thành thị. Bên cạnh đó thời gian trẻ hoàn thành bữa ăn cũng có mối liên quan đến tỷ lệ thiếu kẽm của trẻ tham gia nghiên cứu. Trẻ hoàn thành bữa ăn trên 30 phút trở lên nguy cơ thiếu kẽm cao gấp 3,1 lần so với trẻ có thời gian hoàn thành

bữa ăn từ 30 phút trở xuống. Đa số các trẻ này có biểu hiện biếng ăn nên thời gian ăn của trẻ bị kéo dài dẫn đến trẻ có nguy cơ thiếu các chất dinh dưỡng nói chung và thiếu kẽm nói riêng cao hơn so với nhóm trẻ khác.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi còn cao, trong đó thiếu sắt và kẽm chiếm tỷ lệ cao. Trẻ sống ở vùng nông thôn, miền núi có tỷ lệ thiếu vi chất cao hơn so với trẻ sống ở vùng thành thị.

Cần đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục kiến thức về dinh dưỡng hợp lý, các nguyên nhân và biểu hiện thiếu sắt, kẽm cho các bà mẹ có con nhỏ nhằm phòng chống suy dinh dưỡng, thiếu vi chất dinh dưỡng nhất là trẻ em dưới 24 tháng tuổi, trẻ sống ở các khu vực nông thôn, miền núi.

Các trẻ được chẩn đoán thiếu máu cần được đánh giá thêm tình trạng sắt, kẽm của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saeed Akhtar, Tariq Ismail, Sunethra Atukorala và các cộng sự.** (2013), "Micronutrient deficiencies in South Asia – Current status and strategies", Trends in Food Science & Technology, 31(1), tr. 55-62.
2. **Isabella Stelle, Anastasia Z. Kalea và Dora I. A. Pereira** (2019), "Iron deficiency anaemia: experiences and challenges", Proceedings of the Nutrition Society, 78(1), tr. 19-26.
3. **Regan L. Bailey, Keith P. West Jr. và Robert E. Black** (2015), "The Epidemiology of Global Micronutrient Deficiencies", Annals of Nutrition and Metabolism, 66(Suppl. 2), tr. 22-33.
4. **Viện Dinh dưỡng** (2015), "Số liệu thống kê về tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm.", Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
5. **World Health Organization** (2017), "Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control".

TRẦM CẢM SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BÀ MẸ CÓ CON ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI ĐƠN VỊ SƠ SINH, BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG

Dương Thị Kim Hoa¹, Phạm Thị Minh Quyên¹, Võ Văn Thắng²

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Mọi bà mẹ sau sinh đều có nguy cơ mắc trầm cảm trong năm đầu tiên sau sinh. Nhưng trầm cảm sau sinh có thể nghiêm trọng hơn đáng kể ở những bà mẹ có trẻ sơ sinh đang điều trị, đặc biệt là những trẻ phải nằm trong phòng sơ sinh cấp cứu hồi sức tích cực (NICU). **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ trầm cảm theo thang đo của Edinburgh (EPDS) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có con đang điều trị tại đơn vị Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 270 bà mẹ có trẻ sơ sinh đang điều trị từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Sơ sinh cấp cứu – Hồi sức tích cực và bệnh lý, Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm ở bà mẹ sau sinh là 30,0%. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh bao gồm: kinh tế khó khăn, mẹ sống một mình, mẹ là người dân tộc thiểu số và thời điểm trẻ bị cách ly khỏi mẹ sau sinh >72 giờ để điều trị tại NICU, thời điểm bà mẹ được thăm trẻ tại NICU >72 giờ; thời điểm trẻ được ra với mẹ sau khi nằm NICU < 7 ngày, với $p < 0,001$ và độ tin cậy 95%.

Kết luận: Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có con đang điều trị tại đơn vị Sơ sinh là báo động, thời điểm ngắt kết nối giữa mẹ và con cũng như thời gian trẻ điều trị tại Hồi sức tích cực (NICU) đã làm tăng tỷ lệ trầm cảm sau sinh.

Từ khóa: Trẻ sơ sinh, trầm cảm sau sinh, thang đo trầm cảm sau sinh của Edinburgh (EPDS), phòng sơ sinh cấp cứu - hồi sức tích cực (NICU).

SUMMARY

POSTPARTUM DEPRESSION AND SOME RELATED FACTORS AMONG MOTHERS OF NEWBORNS HOSPITALISED IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT IN DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Background: Postpartum mothers are at risk of depression in the first year after giving birth. However, postpartum depression can be significantly more severe in mothers of newborns who are undergoing treatment, especially those who are in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). **Objectives:** determine the rate of postpartum depression using the Edinburgh Scale (EPDS) and associated factors among mothers of newborns hospitalized in the Neonatal intensive care Unit, Da Nang Hospital for Women and Children. **Methods:** Cross-sectional study, conducted on 270 mothers with newborns being treated from June 2022 to June 2023 at the Neonatal Unit, Da Nang Hospital for Women and Children. **Results:** The rate of postpartum depression was 30.0%. Some related factors include financial constraints, single mom, mother

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Viện nghiên cứu Sức khỏe cộng đồng, Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Kim Hoa
SĐT: 0905010675

Email: dtkhoa@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

being an ethnic minority and the time of mother-newborn separation after birth for >72 hours for treatment in the NICU, the time of mothers can visit their newborns in the NICU for >72 hours; the time of the baby reunite to the mother after being in the NICU < 7 days, with p-value < 0.05 at 95% confidence interval. **Conclusion:** The rate of postpartum depression in mothers of newborns hospitalized in the Neonatal intensive care Unit is alarming. The time of mother-newborn separation and the time of the newborns treated in NICU are predictors of postpartum depression.

Keywords: Newborns, postpartum depression, Edinburgh postpartum depression scale (EPDS), neonatal intensive care unit (NICU).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm sau sinh (TCSS) là một dạng trong các rối loạn tâm thần xảy ra vào thời kỳ sau sinh, được đặc trưng bởi sự giảm khí sắc kéo dài trong năm đầu tiên sau sinh với nhiều cấp độ từ nhẹ đến nặng, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời thì không những ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần của người mẹ mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tâm lý và thần kinh vận động ở trẻ sơ sinh dẫn đến sự phát triển về nhận thức, cảm xúc, trí tuệ và xã hội của trẻ có thể bị ảnh hưởng về lâu dài [1].

Mọi bà mẹ sau sinh đều có nguy cơ mắc TCSS [2]. Nhưng trầm cảm sau sinh có thể nghiêm trọng hơn đáng kể ở những bà mẹ có trẻ sơ sinh đang điều trị, đặc biệt là những trẻ phải nằm trong phòng sơ sinh cấp cứu hồi sức tích cực (NICU), từ 25,5% đến 62% bà mẹ có con nằm NICU trải qua TCSS trong tháng đầu tiên sau sinh và tỷ lệ có ý định tự tử tăng từ 14% đến 33% ở các bà mẹ NICU so với phụ nữ sau sinh [3],[4]. Bằng chứng từ

các nghiên cứu giúp chúng ta ghi nhận thêm những vấn đề sức khỏe của đứa trẻ có liên quan đến sức khỏe tâm thần ở bà mẹ sau sinh và nhấn mạnh sự cần thiết phải sàng lọc trầm cảm sau sinh tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em [2].

Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng là bệnh viện chuyên khoa hạng I trong lĩnh vực Phụ sản và Nhi khoa. Đây là bệnh viện đầu tiên triển khai và áp dụng thành công kỹ thuật “đa kê đa” từ năm 2014. Chương trình chăm sóc sơ sinh thiết yếu sau sinh đã nâng cao chất lượng chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ, đặc biệt là những trường hợp sơ sinh bệnh lý phải điều trị tại đơn vị Sơ sinh. Chúng tôi tự hỏi phương pháp chăm sóc ưu việt này ngoài nâng cao chất lượng cứu sống nhóm trẻ nguy cơ cao, đặc biệt trẻ sinh non, nhẹ cân, trẻ bệnh lý nặng... thì có cải thiện được sức khỏe tâm thần cho bà mẹ sau sinh được không? Vì vậy, chúng tôi tiến hành tầm soát để xác định tỷ lệ trầm cảm theo thang đo của Edinburgh (EPDS) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có con đang điều trị tại đơn vị Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bà mẹ có con đang điều trị ngày thứ 10 tại đơn vị Sơ sinh có khả năng nghe và trả lời Tiếng Việt đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bà mẹ đang mắc bệnh tâm thần, đang bị trầm cảm hoặc có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh.

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 ước lượng tỷ lệ:

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

Trong đó: n: số lượng mẫu nghiên cứu.

$Z(1-\alpha/2) = 1,96$ với độ tin cậy 95%.

$p = 21,9\%$ (0,219) tỷ lệ trầm cảm sau sinh theo nghiên cứu của Đồng Thị Phương Thúy tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng [5].

$d = 0,05$ với độ chính xác mong muốn 95% (sai số 5%)

$$n = 3,84 \frac{0,219(1-0,219)}{0,0025} = 262$$

Chúng tôi chọn 270 đối tượng là bà mẹ sau sinh có con đang điều trị tại đơn vị Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Phương pháp thu thập số liệu**

+ Bước thứ nhất: Nhóm nghiên cứu chọn tất cả hồ sơ bệnh án của trẻ nhập viện có mẹ đi cùng tại đơn vị Sơ sinh gồm 2 bộ phận: Sơ sinh cấp cứu - hồi sức tích cực (NICU) và Sơ sinh bệnh lý. Tiến hành thông báo, giải thích mục đích của nghiên cứu cho những bà mẹ ngay ngày đầu tiên và thực hiện sàng lọc trầm cảm bằng bộ câu hỏi EPDS. Nếu tổng điểm ≤ 12 thì sẽ chọn vào danh sách nghiên cứu. Nếu tổng điểm ≥ 13 sẽ loại khỏi nghiên cứu (vì có nguy cơ bị trầm cảm trong thai kỳ hoặc trước đó).

+ Bước thứ hai: Vào ngày thứ 10 con nhập viện tại đơn vị Sơ sinh, nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập những thông tin của mẹ và con qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi được thiết kế sẵn bao

gồm các thông tin về nhân khẩu học của mẹ, tuổi thai khi sinh, phương pháp sinh, tình trạng sức khỏe của trẻ khi sinh, bệnh lý hiện tại của trẻ, thời điểm cách ly khỏi mẹ (trẻ nằm trong NICU). Cuộc phỏng vấn tiến hành trong không gian riêng tư, đảm bảo bà mẹ ở tình trạng thoải mái.

+ Bước thứ ba: Nhóm nghiên cứu hướng dẫn bà mẹ tự điền bộ câu hỏi đánh giá trầm cảm sau sinh theo thang đo EPDS (lần thứ hai, ngày thứ 10 nhập viện).

+ Bước thứ tư: Tính tổng điểm EPDS cho mỗi bà mẹ. Thang điểm đánh giá EPDS gồm 10 câu hỏi, tính theo thang điểm từ 0 đến 3. Tổng số điểm tối đa là 30 điểm, tối thiểu là 0 điểm. Sử dụng điểm cắt 12/13 để xác định tỷ lệ trầm cảm sau sinh. Tổng điểm của thang đo EPDS ≥ 13 : Có trầm cảm sau sinh và EPDS ≤ 12 : Không trầm cảm sau sinh [6].

- **Phương pháp phân tích số liệu:** Phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các thuật toán thống kê và phép kiểm định T – test, ANOVA test với mức ý nghĩa 95% ($p < 0,05$).

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Sơ sinh cấp cứu – Hồi sức tích cực và bệnh lý, Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng (gọi chung là đơn vị Sơ sinh).

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nội dung nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng và Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hóa và đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

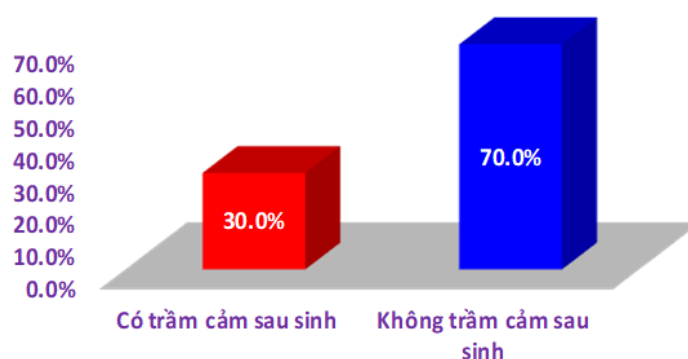
3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu

Yếu tố khảo sát		n=270	%
Nhóm tuổi	≤ 19 tuổi	9	3,3
	Từ 20 – 35 tuổi	213	78,9
	>35 tuổi	48	17,8
Học vấn	≤ Trung học cơ sở	39	14,4
	≤ THPT	72	26,7
	ĐH/CĐ/THCN	149	55,2
	Sau đại học	10	3,7
Nghề nghiệp	Viên chức	66	24,4
	Công nhân	48	17,8
	Nông dân	9	3,3
	Buôn bán	111	41,1
	Nội trợ	36	13,3
	Nghề khác	75	27,8
Điều kiện kinh tế	Có khó khăn	42	15,6
	Không khó khăn	228	84,4
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng chồng	263	97,4
	Sống một mình	7	2,6
Dân tộc	Kinh	257	95,2
	Thiểu số	13	4,8

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $29,98 \pm 6,31$, tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 47. Trình độ đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp chiếm tỷ lệ đa số (55,2%); buôn bán (41,1%); 15,6% có kinh tế khó khăn; dân tộc kinh (95,2%) và đang sống cùng chồng là (97,4%).

3.2. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh



Hình 1. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có con điều trị tại đơn vị sơ sinh

Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có con đang điều trị tại đơn vị Sơ sinh là 30,0% (81/270). Điểm trung bình của thang đánh giá EPDS là $9,31 \pm 5,416$; thấp nhất là 0; cao nhất là 27 điểm. Trong 30,0% (81/270) bà mẹ có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh thì có 2,5 % (2/81) khá thường suy nghĩ đến việc làm hại chính mình; 8,6% (7/81) thỉnh thoảng nghĩ đến và 24,7,8% (20/81) là hiếm khi nghĩ đến; có 64,2% (52/81) là không bao giờ nghĩ đến.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm về kinh tế, hôn nhân, dân tộc và điểm đánh giá trầm cảm theo EPDS ở bà mẹ sau sinh

Yếu tố khảo sát		n=270	Điểm trung bình EPDS	Độ lệch chuẩn	p
Kinh tế khó khăn	Có	4	11,83	5,378	p<0,05
	Không	228	8,85	5,305	
Hôn nhân	Có chồng	263	9,2	5,339	p<0,05
	Sống một mình	7	13,57	6,997	
Dân tộc	Kinh	257	9,17	5,333	p<0,05
	Thiểu số	13	12,15	6,466	

Điểm TB đánh giá TCSS theo EPDS ở đối tượng nghiên cứu có kinh tế khó khăn, sống một mình và là dân tộc thiểu số cao hơn so với nhóm còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng trẻ sơ sinh và điểm đánh giá trầm cảm theo EPDS ở bà mẹ sau sinh

Yếu tố khảo sát		n=270	Điểm trung bình EPDS	Độ lệch chuẩn	p
Tuổi thai của trẻ SS	Non tháng	213	9,28	5,278	p>0,05
	Đủ tháng	57	9,42	5,955	
Phương pháp sinh	Sinh thường	105	9,10	5,677	p>0,05
	Sinh khó	9	9,89	5,578	
	Sinh mổ	156	9,42	5,256	
Tình trạng trẻ ngay sau sinh	Tự thở được	134	9,57	5,955	p>0,05
	Phải hồi sức	27	10,89	5,515	
	Hỗ trợ HH	109	8,61	4,568	
Thời điểm trẻ bị cách ly khỏi mẹ	Nằm với mẹ	46	7,24	4,191	p<0,001
	Ngay SS	132	9,73	5,368	
	24 – 72h sau	66	9,38	5,546	
	>72 h	26	10,69	6,504	
Bà mẹ thăm trẻ tại (NICU)	Nằm với mẹ	46	7,24	4,191	p<0,001
	<72 h	145	9,73	5,467	
	>72 h	54	10,13	5,443	
	Không thăm	25	8,92	6,337	
Thời điểm trẻ ra khỏi NICU	Nằm với mẹ	46	7,24	4,191	p<0,001
	<7 ngày	179	9,80	5,545	
	>7 ngày	45	9,47	5,615	
Bà mẹ NCBSM	Có	267	9,27	5,397	p>0,05
	Không	3	13,00	7,211	

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê điểm TB điểm đánh giá TCSS theo EPDS giữa các thời điểm trẻ bị cách ly khỏi mẹ sau sinh; thời điểm bà mẹ được thăm trẻ và thời điểm trẻ được ra với mẹ sau khi nằm hồi sức tích cực ($p < 0,001$ và độ tin cậy 95%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Dựa vào bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $29,98 \pm 6,31$, nhóm tuổi từ 20 đến 35 chiếm tỷ lệ cao nhất (78,9%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Ngọc Loan (2023). Theo chúng tôi đây là độ tuổi khá phù hợp để sinh con ở người phụ nữ theo khuyến cáo của Bộ Y tế [7].

4.2. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài khi cùng sử dụng một thang đo EPDS và trên đối tượng bà mẹ có trẻ sơ sinh bị ốm đang điều trị. Theo chúng tôi, việc nhập viện của đứa trẻ sơ sinh được coi là một trải nghiệm đau thương và căng thẳng, bà mẹ phải ở trong bệnh viện chăm con ốm, không có điều kiện nghỉ ngơi để chăm sóc cho bản thân sau quá trình thai nghén và chuyển dạ - sinh. Những lo lắng về bệnh tật hiện tại của con cũng như dự hậu tương lai của đứa trẻ sẽ khiến bà mẹ chịu đựng thêm áp lực về tinh thần cũng như thể chất. Vì vậy xuất hiện những cảm xúc tiêu cực ở bà mẹ. Tuy nhiên, đơn vị Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản - Nhi là nơi thực hiện chăm sóc Kangaroo điển hình của khu vực Miền Trung – Tây Nguyên. Phương pháp chăm sóc ưu việt này không chỉ nâng cao chất lượng cứu sống trẻ sinh non, nhẹ cân được bú mẹ hoàn toàn, giúp tăng gắn kết mẹ con, giảm tỉ lệ trẻ nhập vào đơn vị hồi sức tích cực (NICU) mà còn cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bà mẹ sau sinh. Vì vậy tỷ lệ trầm cảm sau sinh trong nghiên cứu thấp hơn Lefkowitz Z DS 2010 (39%) và Nguyễn Ngọc Loan 2023 (66%) [3],[7]. Mặc dù vậy, vẫn còn nhiều trường hợp trẻ bị bệnh lý nặng cần tách rời mẹ con vào hồi sức tích cực (NICU) để điều trị, tình trạng bệnh nguy kịch, thời gian cách ly mẹ con quá lâu, gián đoạn mối liên kết giữa mẹ -

con và cảm giác mất đi vai trò làm mẹ đã ảnh hưởng không nhỏ lên cảm xúc của bà mẹ. Do đó kết quả của chúng tôi cao hơn so với Ozdil M 2023 (11%), Lisa S. Segre 2014 (25,5%) và Đồng Thị Phương Thúy 2021 (21,9%) [2],[4],[5].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh

Kết quả ở bảng 2 của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài. Nghiên cứu tổng quan của Iris Agrawal và cộng sự năm 2022 đã kết luận tình trạng kinh tế xã hội là yếu tố quan trọng liên quan đến trầm cảm sau sinh [8]. Đồng Thị Phương Thúy (2021) cũng kết luận kinh tế khó khăn và làm mẹ đơn thân sẽ tăng nguy cơ trầm cảm sau sinh, lần lượt là (OR=2,66; KTC 95%: 1,02- 6,93 $p<0,05$) và (OR =17,01; KTC 95%: 1,80-161, $p<0,05$) [5].

Từ kết quả ở bảng 3, chúng tôi thấy không tương đồng với Xiao-Hu Zhao (2020), tác giả kết luận trẻ sinh non, nhẹ cân và mổ lấy thai là các yếu tố nguy cơ liên quan đến trầm cảm sau sinh [9]. Tác giả Chiara Gastaldon (2022) cũng kết luận có sự liên quan giữa sinh non, sinh mổ và trầm cảm sau sinh, lần lượt là: (OR = 2,12; KTC 95% 1,43-3,14) và (OR = 1,29; KTC 95%: 1,17-1,43) [10]. Nhưng cũng trong bảng 3, một phát hiện mới đáng chú ý liên quan giữa vấn đề sức khỏe của trẻ và trầm cảm sau sinh của bà mẹ. Nếu trẻ được chăm sóc tại phòng Sơ sinh bệnh lý, cùng nằm với mẹ và tiếp nhận đầy đủ quy trình chăm sóc thiết yếu sau sinh thì được xem như là một yếu tố bảo vệ. Kết quả này tương đồng với kết luận của Xiao-Hu Zhao (2020), tác giả cho rằng chăm sóc đa kè da, nuôi con bằng sữa mẹ là yếu tố bảo vệ chống lại trầm cảm sau sinh [9]. Ngược lại, tình trạng sức khỏe của trẻ nghiêm trọng, phải điều trị và chăm sóc tại phòng Hồi sức tích cực (NICU) để ổn định hô hấp, tuần hoàn và thần kinh bằng các phương tiện, trang thiết bị y tế và thuốc hỗ trợ cần thiết. Chính sự ngắt kết nối mẹ - con trong thời gian cách ly này đã làm

tăng nguy cơ trầm cảm sau sinh. Tác giả Đồng Thị Phương Thúy (2021) ghi nhận con mắc bệnh nặng, nguy cơ trầm cảm của mẹ tăng lên 4,62 lần (OR=4,62; KTC 95%: 1,59-13,45, $p<0,05$) [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở bà mẹ có trẻ sơ sinh đang điều trị là báo động, bên cạnh một số yếu tố liên quan như kinh tế khó khăn, mẹ sống một mình, mẹ là người dân tộc thiểu số thì thời điểm ngắt kết nối giữa mẹ và con cũng như thời gian trẻ điều trị tại Hồi sức tích cực (NICU) đã làm người mẹ rất dễ tổn thương về mặt cảm xúc. Phát hiện sớm và dự phòng trầm cảm sau sinh là một khía cạnh quan trọng trong chăm sóc toàn diện tại đơn vị Sơ sinh, sẽ mang lại lợi ích cho người mẹ, trẻ sơ sinh, gia đình và cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bloch Sidney, Singh Bruce S.** “Rối loạn cảm xúc”, “Tâm thần học phụ nữ”, Cơ sở của lâm sàng tâm thần học, 2003, NXB Y học, tr. 155 – 182, tr. 379 - 394.
2. **Ozdil Mine.** Postpartum Depression Among Mothers of Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit During the COVID19 Pandemic. *Cureus* 2023; 15(8): e44380. DOI 10.7759/cureus.44380.
3. **Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR.** Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the neonatal intensive care unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings*. 2010;17:230–237.
4. **Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O'Hara MW.** Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 2014;63:320–332.
5. **Đồng Thị Phương Thúy, Đặng Văn Chức, Lê Thị Thu Hằng và cộng sự.** Thực trạng nguy cơ trầm cảm ở các bà mẹ có con mắc bệnh, điều trị tại khoa sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019, *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2021; 503, 143-149.
6. **Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R.** “Detection of postnatal depression: development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale”, *British journal of Psychiatry*. 1987; 150, pp. 782- 786.
7. **Nguyễn Ngọc Loan, Lưu Thị Bích Thủy, Trịnh Văn Hạnh và cộng sự.** Thực trạng lo âu, căng thẳng, trầm cảm sau sinh ở các bà mẹ có con sinh non tại Trung tâm sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022 – 2023, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; *Tập* 529, số 1 năm 2023 (126 – 130).
8. **Iris Agrawal, Ashok M Mehendale, Ritika Malhotra.** Risk Factors of Postpartum Depression, National Library of Medicine National Center for Biotechnology information. 2022; PMID: 36465774.
9. **Xiao-Hu Zhao, Zhi-Hua Zhang.** Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses, National Library of Medicine National Center for Biotechnology information. 2020; DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102353.
10. **Chiara Gastaldon, Marco Solmi, Christoph U Correll.** Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies, *The British journal of Psychiatry*. 2022; Volume 221, Issue 4, pp.591-602.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023 - 2024

Lê Thị Thanh Tâm¹, Đinh Văn Sinh²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân LNMTTC từ 01/01/2023 đến 30/04/2024. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân, 78,6% được điều trị ngoại khoa, chủ yếu bằng mổ nội soi (32/33 ca); 21,4% điều trị nội khoa. Trong 32 ca mổ nội soi, 56,3% có LNMTTC tại buồng trứng, 43,7% tại cơ tử cung. Tỷ lệ cắt khối u buồng trứng là 55,6%, trong khi 100% trường hợp LNMTTC tại cơ tử cung được chỉ định cắt tử cung. Thời gian mổ trung bình đối với buồng trứng là $83,33 \pm 21,96$ phút, và $120 \pm 11,77$ phút đối với cắt tử cung. Thời gian nằm viện trung bình là $6,69 \pm 1,58$ ngày. Tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau điều trị là 59,5%, với 33,3% tái phát đau. Trong nhóm mổ nội soi, tỷ lệ khỏi đạt 68,8%, trong khi điều trị nội khoa chỉ có 2/9 ca khỏi bệnh. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị chính với kết quả khỏi bệnh cao hơn so với điều trị nội khoa.

Từ khóa: Lạc nội mạc tử cung, phẫu thuật nội soi

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Tâm
SĐT: 0974231693

Email: thanhtam@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023 - 2024

Objective: To evaluate the treatment outcomes of endometriosis at Nghe An General Friendship Hospital in 2023-2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 42 patients with endometriosis from January 1, 2023, to April 30, 2024. **Results:** Of the 42 patients, 78.6% underwent surgical treatment, primarily laparoscopic surgery (32/33 cases), while 21.4% received medical treatment. Among the laparoscopic cases, 56.3% had ovarian endometriosis, and 43.7% had uterine endometriosis. The ovarian mass resection rate was 55.6%, and 100% of uterine endometriosis cases were indicated for hysterectomy. The average surgery time was 83.33 ± 21.96 minutes for ovarian surgery and 120 ± 11.77 minutes for hysterectomy. The average hospital stay was 6.69 ± 1.58 days. Complete recovery was observed in 59.5% of patients, with a recurrence rate of 33.3%. Among laparoscopic cases, the complete recovery rate was 68.8%, while only 2/9 patients in the medical treatment group recovered. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is the primary treatment method with higher recovery rates compared to medical treatment.

Keywords: Endometriosis, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) là bệnh lý phụ khoa mạn tính, phức tạp, dễ tái phát,

trong đó có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung, thúc đẩy sự hình thành các phản ứng viêm mạn tính và bệnh lý phụ khoa phụ thuộc estrogen. Mặc dù đã có nhiều nỗ lực nhưng các bác sĩ lâm sàng hiện tại vẫn đang đối diện với không ít khó khăn trong chẩn đoán và xử trí [1]. Mục tiêu của điều trị LNMTC nhằm giảm đau, giảm tiến triển, giảm tái phát bệnh, tăng khả năng có thai và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người phụ nữ. Nghiên cứu này nhằm mục đích nhận xét kết quả điều trị người bệnh lạc nội mạc tử cung tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, từ 01/01/2023 đến 30/04/2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh điều trị LNMTC tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023-2024.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu. Tất cả 42 người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Phương pháp điều trị, đặc điểm khối lạc nội mạc tử cung, thời gian phẫu thuật, số ngày nằm viện sau phẫu thuật, biến chứng, kết quả điều trị.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thông tin được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu; Khai thác thông tin chung, thông tin để chẩn đoán, Thu thập kết quả điều trị.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin của người bệnh được giữ bí mật. Nghiên cứu được sự cho phép của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh và cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị		n	%
Nội khoa		9	21,4
Ngoại khoa	Mổ mở	1	2,4
	Mổ nội soi	32	76,2
Tổng		42	100

Trong 42 trường hợp LNMTC tham gia nghiên cứu, 33 ca được chỉ định điều trị ngoại khoa (chiếm 78,6%), trong đó chủ yếu là mổ nội soi (32/33 ca), chỉ có 1 ca mổ mở.

Bảng 2. Vị trí lạc nội mạc tử cung qua mổ nội soi

Vị trí	n	%
Buồng trứng phải	6	18,8
Buồng trứng trái	5	15,6
Buồng trứng hai bên	7	21,9
Cơ tử cung	14	43,7
Tổng	32	100

Trong 32 trường hợp LNMTC được mổ nội soi, 18 ca là LNMTC tại buồng trứng, chiếm 56,3%, 14 ca LNMTC tại cơ tử cung, chiếm 43,7%.

Bảng 3. Đặc điểm khối lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng

Đặc điểm		n	%
Kích thước khối lạc nội mạc (mm)	< 30	1	5,6
	30 – 59	8	44,4
	60 – 89	7	38,9
	> 89	2	11,1
	Tổng:	18	100
Tình trạng dính của khối lạc nội mạc	Không dính	4	22,2
	Dính 1 vị trí	5	27,8
	Dính ≥ 2 vị trí	9	50,0
	Tổng	18	100

Trong 18 ca LNMTC tại buồng trứng, đa số trường hợp có kích thước khối LNMTC từ 30 – 89mm (83,3%), đa số trường hợp có dính (77,8%).

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật nội soi

Phương pháp phẫu thuật nội soi			n	%
LNMTC tại buồng trứng	Bóc u		8	44,4
	Cắt u		5	27,8
	Cắt tử cung kèm 2 phần phụ		5	27,8
	Tổng:		18	100
LNMTC tại cơ	Cắt tử cung	Chỉ cắt tử cung	1	7,1
		Cắt tử cung kèm 1 phần phụ	2	14,3
		Cắt tử cung kèm 2 phần phụ	11	78,6
	Tổng:		14	100

Trong 32 trường hợp mổ nội soi điều trị LNMTC, 18 trường hợp là LNMTC tại buồng trứng, 14 trường hợp là LNMTC tại cơ tử cung. Tỷ lệ bóc u LNMTC buồng trứng là 44,4%, cắt u là 55,6%. Tất cả 14 ca LNMTC tại cơ tử cung đều có chỉ định cắt tử cung, trong đó cắt tử cung kèm 2 phần phụ là 78,6%.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật nội soi

Thời gian phẫu thuật (phút)	n	%
30 – 60	7	21,9
61 – 90	9	28,1
91 – 120	15	46,9
> 120	1	3,1
Tổng:	32	100
Thời gian trung bình: $99,37 \pm 25,77$		

Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là $99,37 \pm 25,77$ phút, trong đó, đối với phẫu thuật tại buồng trứng là $83,33 \pm 21,96$ phút, với cắt tử cung là $120 \pm 11,77$ phút.

Bảng 6. Số ngày nằm viện sau phẫu thuật nội soi

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật	n	%
≤ 5	9	28,1
6	4	12,5
7	14	43,8
≥ 8	5	15,6
Tổng:	32	100
Thời gian trung bình: $6,69 \pm 1,58$		

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $6,69 \pm 1,58$ ngày, ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 12 ngày.

Bảng 7. Kết quả điều trị

Nhóm điều trị	Khỏi hoàn toàn		Tái phát đau		Chuyển phẫu thuật		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nội khoa	2	22,2%	4	44,4%	3	33,4%	9	100
Mổ mở	1	100%	-	-	-	-	1	100
Mổ nội soi	22	68,8%	10	31,2%	-	-	32	100
Tổng	25	59,5	14	33,3	3	-	42	100

Trong 42 trường hợp LNMTC tham gia nghiên cứu, 25 ca có kết quả điều trị khỏi hoàn toàn (hết đau), chiếm 59,5%; 14 ca có tái phát đau, chiếm 33,3%. Trong phẫu thuật nội soi, tỷ lệ khỏi hoàn toàn 68,8%, tái phát đau 31,2%. Trong 9 ca điều trị nội khoa, có 3 ca phải chuyển phẫu thuật, 4 ca tái phát đau và 2 ca hết đau.

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị LNMTC, theo hướng dẫn của Bộ Y tế, bước đầu là điều trị giảm đau bằng nội khoa, chỉ định phẫu thuật khi điều trị nội khoa thất bại [1]. Trong 42 trường hợp LNMTC tham gia nghiên cứu của chúng tôi, đa số được chỉ định điều trị ngoại khoa, với 78,6%, trong đó chủ yếu là mổ nội soi (32/33 ca); tỷ lệ điều trị nội khoa 21,4%. Tỷ lệ mổ nội soi điều trị LNMTC trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Toàn là 87,2% [2], của tác giả Phạm Huy Hiền hào là 92,68% [3], phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong các trường hợp điều trị bằng phẫu thuật nội soi, 18 ca là LNMTC tại buồng trứng, chiếm 56,3%, 14 ca LNMTC tại cơ tử cung, chiếm 43,7%. Các khối LNMTC tại buồng trứng có kích thước chủ yếu từ 30 – 89mm (83,3%), có dính (77,8%). Nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào cho thấy kích thước khối LNMTC tại buồng trứng có 61% là từ 30 – 60mm, 39% là > 60mm; 100% trường hợp có dính [3]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Liên Châu cho thấy kích thước khối LNMTC ≤

60mm chiếm 87%, tỷ lệ dính chiếm 76,1%, tương tự nghiên cứu của chúng tôi [4].

Tỷ lệ bóc u LNMTC buồng trứng là 44,4%, cắt u là 55,6%. Tất cả 14 ca LNMTC tại cơ tử cung đều có chỉ định cắt tử cung, trong đó cắt tử cung kèm 2 phần phụ là 78,6%. Nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào cho thấy tỷ lệ bóc u LNMTC tại buồng trứng là 70,73%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cắt u là 29,27%, thấp hơn của chúng tôi [3]. Theo tác giả Hoàng Thị Liên Châu, tỷ lệ bóc u LNMTC ở buồng trứng là 52,9%, cắt u là 47,1 [4]; theo tác giả Nguyễn Văn Tuấn, tỷ lệ bóc u là 85,5% [5]. Bóc u qua nội soi là lựa chọn đầu tiên trong điều trị bảo tồn LNMTC ở buồng trứng. Theo tác giả Chapron C. và cộng sự, so nhóm bóc u trong phúc mạc với nhóm chọc hút rồi đốt mặt trong nang bằng dao điện lưỡng cực, tỷ lệ tái phát triệu chứng đau bụng kinh 15,8% so với 52,9%, đau vùng chậu mạn tính 10% so với 52,9% [6].

Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là $99,37 \pm 25,77$ phút, trong đó, đối với phẫu thuật tại buồng trứng là $83,33 \pm 21,96$ phút, với cắt tử cung là $120 \pm 11,77$ phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $6,69 \pm 1,58$ ngày, ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 12 ngày. Trong 42 trường hợp LNMTC tham gia nghiên cứu, 25 ca có kết quả điều trị khỏi hoàn toàn (hết đau), chiếm 59,5%; 14 ca có tái phát đau, chiếm 33,3%. Trong phẫu thuật

nội soi, tỷ lệ khỏi hoàn toàn 68,8%, tái phát đau 31,2%. Theo tác giả Nguyễn Đức Toàn, thời gian phẫu thuật nội soi buồng trứng trung bình là $85,59 \pm 22,01$ phút, tương tự nghiên cứu của chúng tôi; thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $4,58 \pm 1,75$ ngày [2]. Tác giả Guo và cs báo cáo tỷ lệ tái phát LNMTC sau 2 năm là 21,5% [7]. Nhìn chung, kết quả điều trị LNMTC khá đa dạng, tùy thuộc vào vị trí LNMTC, giai đoạn bị bệnh và khả năng điều trị của từng cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, giai đoạn 2023 – 2024, phương pháp điều trị LNMTC chủ yếu là phẫu thuật nội soi. Đối với LNMTC tại buồng trứng, 55,6% trường hợp cắt khối LNMTC; 100% trường hợp LNMTC tại cơ tử cung có chỉ định mổ cắt tử cung. Thời gian mổ nội soi trung bình đối với khối lạc nội mạc tại buồng trứng là $83,33 \pm 21,96$ phút, tại tử cung (cắt tử cung) là $120 \pm 11,77$ phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ 2 ngày đến 12 ngày, trung bình là $6,69 \pm 1,58$ ngày. Tỷ lệ điều trị khỏi hoàn toàn (hết đau) chiếm 59,5%; tỷ lệ tái phát đau chiếm 33,3%. Trong mổ nội soi, tỷ lệ khỏi hoàn toàn 68,8%, tái phát đau 31,2%. Trong điều trị nội khoa, tần suất bệnh nhân khỏi bệnh thấp (2/9 ca).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam** (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung, tài liệu ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT, ngày 07/11/2018.
2. **Nguyễn Đức Toàn** (2017), Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y dược Huế, Đại học Huế.
3. **Phạm Huy Hiền Hào, Nguyễn Thị Thu Trang** (2018), Điều trị phẫu thuật u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Phụ sản, Tập 16, số 01, tr 111-116.
4. **Hoàng Thị Liên Châu** (2013), Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung tái phát tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
5. **Nguyễn Văn Tuấn** (2012), Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Huế.
6. **Chapron C., Vercellini P., Barakat H. et al** (2002), Management of ovarian endometriomas, Human Reproduction Update, 8(6), pp.591-597.
7. **Guo S.-W. et al** (2009), Recurrence of endometriosis and its control, Hum Reprod Update, 15(4), 441–461.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHIỄM KHUẨN SƠ SINH SỚM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lê Văn Hậu¹, Nguyễn Thị Thúy An¹, Trần Thị Anh Thái¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có nhóm chứng. Chọn mẫu ngẫu nhiên gồm những trẻ sơ sinh trong vòng 72 giờ đầu sau sinh nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Sau đó, chia làm 2 nhóm: nhóm bệnh gồm 50 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm và nhóm chứng gồm 50 trẻ sơ sinh đã loại trừ nhiễm khuẩn để so sánh. **Kết quả:** Trong nhóm đối tượng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, tỷ lệ trẻ nam chiếm 62%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng là 36%. Tỷ lệ sinh mổ là 42%. Các triệu chứng lâm sàng của các cơ quan thường gặp ở trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là da niêm mạc (80%), hô hấp (72%), tiêu hóa (72%). Có 18% trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có tăng bạch cầu máu ngoại vi > 25 G/L, với trung vị là 20.3 G/L, cao hơn có ý nghĩa so với trẻ sơ sinh không mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm (2%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có bạch cầu đa nhân trung tính máu ngoại vi > 13 G/L là 42%. Các yếu tố nguy cơ góp phần chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là mẹ tiền sản giật (OR:4.42), sinh non tự nhiên dưới 35 tuần (OR:4.42), ối vỡ kéo dài trên 18 giờ (OR:3.92). Cân nặng lúc sinh

giảm đi 1000 gam sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm lên 2.78 lần. **Kết luận:** Phối hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và khai thác yếu tố nguy cơ sẽ giúp góp phần giúp chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm.

Từ khóa: Sơ sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, yếu tố nguy cơ trước sinh

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF EARLY ONSET NEONATAL INFECTION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and risk factors associated with early-onset neonatal infection. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with a control group. Random sampling included neonates suspected of early-onset neonatal infection within the first 72 hours after birth. The sample was divided into two groups: 50 neonates diagnosed with early-onset neonatal infection and a control group of 50 neonates without infection for comparison. **Results:** In the early-onset infection group, male infants accounted for 62%, preterm infants for 36%, and 42% were delivered by cesarean section. The most common clinical symptoms in infected neonates involved the skin and mucous membranes (80%), respiratory system (72%), and gastrointestinal system (72%). Additionally, 18% of neonates had elevated peripheral white blood cell counts > 25 G/L, with a median of 20.3 G/L, significantly higher compared to non-infected neonates (2%). Moreover, 42% of neonates with early-onset

¹ Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hậu

SĐT: 0985761701

Email: lehaua4k46@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

infection had peripheral neutrophil counts > 13 G/L. Risk factors contributing to early-onset neonatal infection diagnosis included maternal preeclampsia (OR: 4.42), spontaneous preterm birth before 35 weeks (OR: 4.42), and prolonged rupture of membranes (> 18 hours) (OR: 3.92). A 1000-gram decrease in birth weight increased the risk of early-onset neonatal infection by 2.78 times. **Conclusion:** Combining clinical symptoms, paraclinical findings, and risk factors enhances the diagnosis of early-onset neonatal infection.

Keywords: Neonatal, early-onset neonatal infection, prenatal risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là nhiễm khuẩn khởi phát trong vòng 72 giờ sau sinh do lây truyền từ mẹ sang con. Đây là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là ở trẻ đẻ non. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2018, mỗi năm trên thế giới có trên 3 triệu trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn sơ sinh với tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh được ước tính là 2.202 trên 100.000 ca sinh sống với tỷ lệ tử vong từ 11-19% [1]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Nhi về mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm tại Khoa Sản bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế năm 2008 cho thấy: mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh khác nhau theo từng loại sơ sinh, trong đó bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh sớm qua đường mẹ - thai thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 5,3% [2]. Nghiên cứu của Đào Thị Thơ năm 2022 tại Bệnh viện Từ Dũ cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là 9,41% [3].

Từ các thống kê có thể thấy nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là một trong những vấn đề nghiêm trọng cần được phát hiện và điều trị trong giai đoạn sơ sinh. Tuy nhiên, việc chẩn đoán bệnh sớm vẫn gặp nhiều khó khăn vì các triệu chứng của bệnh đa dạng, ít đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý không

nhiễm khuẩn khác. Đồng thời các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán thường về kết quả muộn và các xét nghiệm như Procalcitonin máu cuống rốn hay IL6 vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng. Cây máu vẫn là tiêu chuẩn vàng cần thời gian chờ đợi lâu và tỷ lệ cây máu dương tính vẫn còn thấp. Điều này dẫn đến hai mặt hạn chế là không phát hiện kịp thời nhiễm khuẩn hoặc là điều trị kháng sinh không cần thiết. Mặt khác, nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là bệnh lý ảnh hưởng từ con đường lây truyền mẹ- thai, nên các yếu tố nguy cơ mẹ-thai sẽ góp phần quan trọng cho chẩn đoán. Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng nhi khoa có chiến lược chẩn đoán và điều trị tốt hơn, vừa giúp điều trị sớm vừa hạn chế tình trạng đề kháng kháng sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bao gồm những trẻ sơ sinh 0 – 72 giờ tuổi nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm nhập Khoa Nhi Sơ Sinh- Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ 12/2023 đến 8/2024 chia làm 2 nhóm: Nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh (nhóm bệnh) và nhóm không nhiễm khuẩn sơ sinh (nhóm chứng).

- Nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh những trẻ sơ sinh có các tiêu chuẩn phù hợp chẩn đoán thể bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh sớm của ANAES: Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm chắc chắn hoặc có thể [4].

- Nhóm chứng: Đã loại trừ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm theo tiêu chuẩn của ANAES [4]. Cứ chọn 1 bệnh nhân nhiễm khuẩn sơ sinh sớm vào nhóm bệnh sẽ chọn 1 bệnh nhân không nhiễm khuẩn sơ sinh vào nhóm chứng. Tỷ lệ nhóm bệnh: nhóm chứng là 1:1.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ bị dị tật nặng; Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có nhóm chứng

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu sau khi thu thập được mã hóa theo mẫu thống nhất và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, phép thống kê mô tả được sử dụng để tính tỷ lệ %, trung bình, trung vị. Kiểm định mối liên quan giữa 2 biến số bằng test Chi-square. Mô

hình phân tích hồi quy logistic đơn biến được áp dụng để giải thích mối liên quan giữa các biến độc lập và yếu tố nguy cơ của bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Kết luận theo giá trị p, OR và khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 100 trẻ sơ sinh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, trong đó có 50 trẻ thuộc nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm (NKSSS) và 50 trẻ thuộc nhóm không NKSSS (nhóm chứng).

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Nhóm NKSSS n=50		Nhóm chứng n=50		Tổng N=100		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	31	62.0	29	58.0	60	60.0	> 0.05
	Nữ	19	38.0	21	42.0	40	40.0	
	Tỷ lệ Nam/Nữ	1.63/1		1.38/1		1.5/1		
Tuổi thai (tuần)	< 37	18	36.0	11	22.0	29	29.0	> 0.05
	≥ 37	32	64.0	39	78.0	71	71.0	
Cân nặng lúc sinh (gam)	< 2500	14	28.0	11	22.0	25	25.0	> 0.05
	≥ 2500	36	72.0	39	78.0	75	75.0	
Phương pháp sinh	Sinh thường	21	42.0	20	40.0	41	41.0	> 0.05
	Sinh mổ	29	58.0	30	60.0	59	59.0	

Các đặc điểm về giới tính, tuổi thai và phương pháp sinh tương tự giữa hai nhóm. Trong nhóm NKSSS, tỷ lệ trẻ trai là 62%. Tỷ lệ sơ sinh non tháng và nhẹ cân mắc NKSSS lần lượt là 36% và 28%. Tỷ lệ trẻ sinh mổ mắc NKSSS là 58%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng ở các cơ quan

Cơ quan có triệu chứng lâm sàng (N=100)	Nhóm NKSSS (n=50)		Nhóm chứng (n=50)	
	n	%	n	%
Toàn thân	6	12.0	2	4.0
Da niêm mạc	40	80.0	16	32.0
Thần kinh	8	16.0	2	4.0
Tim mạch	8	16.0	4	8.0
Hô hấp	36	72.0	12	24.0
Tiêu hóa	36	72.0	9	18.0
Huyết học	14	28.0	5	6.2

Tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng của NKSSS ở các cơ quan phổ biến nhất là da niêm mạc (80%), hô hấp (72%) và tiêu hóa (72%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng N=100		Nhóm NKSSS n=50		Nhóm chứng n=50		p
		n	%	n	%	
Bạch cầu	> 25.0 G/L	9	18.0	1	2.0	< 0.05
	≤ 25.0 G/L	41	82.0	49	98.0	
	Trung vị (25 th -75 th)	20.3 (12.3-23.6)		13.8 (11.5-20.3)		< 0.05
Bạch cầu đa nhân trung tính	> 13.0 G/L	21	42.0	10	20.0	< 0.05
	< 13.0 G/L	29	58.0	40	80.0	
	Trung vị (25 th -75 th)	11.1 (4.4-16.4)		6.9 (5.0-11.6)		> 0.05
Tiểu cầu	< 150 G/L	2	4.0	4	8.0	> 0.05
	≥ 150 G/L	48	96.0	46	92.0	
	Trung vị (25 th -75 th)	275.5 (226.0-317.0)		261.5 (226.0-298.2)		> 0.05

Có 18% trường hợp ở nhóm NKSSS có tăng bạch cầu máu ngoại vi (> 25.0 G/L), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (2%).

3.3. Một số yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm

Bảng 4. Mô hình đơn biến một số yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm

Yếu tố nguy cơ (N=100)	Nhóm NKSSS (n=50)	Nhóm chứng (n=50)	OR 95% CI	p
	n (%)	n (%)		
Mẹ sốt > 38°C trước/trong sinh	2 (4.0)	4 (8.0)	0.48 (0.08-2.7)	0.678
Mẹ viêm màng ối	1 (2.0)	0 (0.0)	NC	0.315
Mẹ nhiễm trùng tiết niệu	2 (4.0)	1 (2.0)	2.04 (0.18-23.2)	0.558
Mẹ tiền sản giật	11 (22.0)	3 (6.0)	4.42 (1.15-16.9)	0.021
Mẹ đái tháo đường	1 (2.0)	3 (6.0)	0.32 (0.03-3.18)	0.617
Ối vỡ kéo dài > 18 giờ	10 (20.0)	3 (6.0)	3.92 (1.01-15.2)	0.037
Sinh non tự nhiên < 35 tuần	11 (22.0)	3 (6.0)	4.42 (1.15-16.9)	0.021
Sinh mổ	29 (58.0)	30 (60.0)	1.09 (0.49-2.41)	0.839
APGAR 1p < 7 điểm	8 (16.0)	4 (8.0)	2.19 (0.61-7.8)	0.218
Cân nặng (kg) Trung bình ± SD	2.79 ± 0.62	3.16 ± 0.59	2.78 (1.36-5.69)	0.003
Tuổi thai (tuần) Trung bình ± SD	36.98 ± 3.21	37.94 ± 1.71	1.16 (0.99-1.37)	0.072

Mẹ tiền sản giật, ối vỡ kéo dài > 18 giờ và sinh non tự nhiên dưới 35 tuần là những yếu tố làm tăng nguy cơ NKSSS lên lần lượt là 4.42 lần, 3.92 lần và 4.42 lần. Trong khi đó cân nặng lúc sinh cứ giảm đi 1000 gam thì sẽ làm tăng nguy cơ NKSSS lên 2.78 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tỷ lệ trẻ trai mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là 62%, cao hơn so với trẻ gái là 38%, tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Trương Nguyễn Ngọc Quỳnh (64.1% so với 35.9%) [5], của Trần Diệu Linh (66.7%

so với 29.7%) [6]. Nghiên cứu của Soman (1985) cũng cho thấy tỷ lệ trẻ trai mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là 53.5%, trong đó giới nam làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm lên 1.7 lần so với giới nữ (95% CI: 1.13 – 2.7; p: 0.012) [7].

Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng và nhẹ cân mắc NKSSS lần lượt là 36% và 28%. Nghiên cứu của Trần Diệu Linh cũng cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân mắc NKSSS là 25.9% [6]. Nghiên cứu của Trương Nguyễn Ngọc Quỳnh cũng chỉ ra rằng tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng và nhẹ cân mắc NKSSS lần lượt là 23.1% và 25.6% [5].

Tỷ lệ trẻ sinh mổ mắc NKSSS là 60%, cao hơn so với sinh thường là 40%. Kết quả này là tương tự với nghiên cứu của Trương Nguyễn Ngọc Quỳnh (55.1% so với 44.9%) [5], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Diệu Linh (71.2% so với 28.8%) [6]. Như vậy, tỷ lệ sinh mổ khác nhau tùy theo địa điểm thực hiện nghiên cứu và có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây. Trên thực tế lâm sàng, các yếu tố nguy cơ của NKSSS như tiền sản giật, suy thai, chuyển dạ kéo dài cũng góp phần tăng tỷ lệ sinh mổ trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất xuất hiện triệu chứng ở cơ quan cao nhất là da niêm mạc (80%), tiếp đến là hô hấp (72%) và tiêu hóa (72%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Diệu Linh với ba cơ quan với triệu chứng lâm sàng của NKSSS chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là hô hấp (73.3%), da niêm mạc (66.7%) và tiêu hóa (62.9%) [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình cũng chỉ ra rằng các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở hệ cơ quan tiêu hóa (76.3%). Tuy nhiên, hệ cơ quan hô hấp và da niêm mạc lại thấp hơn nhiều, chiếm tỷ lệ lần

lượt là 39.1% và 3.6% [8]. Sự khác nhau trong các nghiên cứu này phản ánh sự đa dạng và không đặc hiệu trong triệu chứng lâm sàng của NKSSS.

Trong nhóm trẻ mắc NKSSS, tỷ lệ trẻ sơ sinh có tăng bạch cầu máu ngoại vi và giảm tiểu cầu lần lượt là 18% và 4%. So với nhóm chứng, trung vị bạch cầu máu ngoại vi của nhóm NKSSS cao hơn có ý nghĩa thống kê (20.3 G/L so với 13.8 G/L). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình cho thấy giá trị trung bình của bạch cầu máu ngoại vi là 19.2 G/L, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không nhiễm khuẩn là 17.2 G/L [8]. Nghiên cứu của Trương Nguyễn Ngọc Quỳnh cho thấy tỷ lệ tăng bạch cầu là 21.8% và trung bình bạch cầu máu ngoại vi trong nhóm trẻ mắc NKSSS là 19.47 G/L [5]. Các kết quả trong các nghiên cứu này là tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Một số yếu tố của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố nguy cơ bao gồm mẹ tiền sản giật, ối vỡ kéo dài > 18 giờ và sinh non tự nhiên dưới 35 tuần là những yếu tố làm tăng nguy cơ NKSSS lên lần lượt là 4.42 lần, 3.92 lần và 4.42 lần. Cân nặng lúc sinh càng thấp càng làm tăng nguy cơ NKSSS. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng chỉ ra rằng tiền sản giật, thời gian ối vỡ > 18 giờ và sinh non tự nhiên dưới 35 tuần là những yếu tố nguy cơ của NKSSS. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình (2021) cho thấy thời gian ối vỡ > 18 giờ làm tăng nguy cơ NKSSS gấp 2.5 lần và sinh non tự nhiên làm tăng nguy cơ NKSSS lên 1.9 lần [8]. Nghiên cứu của Soman (1985) cho thấy tiền sản giật làm tăng nguy cơ NKSSS (OR: 6.4). Đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cân nặng lúc sinh càng thấp càng làm tăng nguy cơ NKSSS (OR: 5.2

với cân nặng lúc sinh từ 1500-2500 gram và OR: 99.1 với cân nặng lúc sinh < 1500 gram) [7]. Nghiên cứu của Đào Thị Thơ năm 2022 tại Bệnh viện Từ Dũ cho thấy thời gian ối vỡ > 18 giờ làm tăng nguy cơ NKSSS lên 11.8 lần ($p < 0.001$; 95% CI: 4.71 – 29.64) [3]. Vì ối sinh chứa nhiều mầm bệnh hiếu khí và kỵ khí nên nó có thể gây ra tình trạng nước ối trào ngược và kết quả là lây nhiễm sang trẻ sơ sinh trong quá trình sinh. Những tác nhân vi khuẩn này có thể truyền từ mẹ sang thai nhi trong tử cung trong quá trình chuyển dạ và sinh nở, gây ra bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh sớm.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm phổ biến nhất ở ba cơ quan lần lượt là da niêm mạc (80%), hô hấp (72%) và tiêu hóa (72%). Có 18% trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có tăng bạch cầu máu ngoại vi. So với nhóm trẻ không mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, trung vị của bạch cầu máu ngoại vi ở nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm cao hơn có ý nghĩa thống kê (20.3 G/L so với 13.8 G/L). Các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là mẹ tiền sản giật (OR: 4.42), thời gian ối vỡ > 18 giờ (OR: 3.92), sinh non tự nhiên dưới 35 tuần (OR: 4.42). Cân nặng lúc sinh cứ giảm đi 1000 gram sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm lên 2.78 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sikias P., Biran V., Foix-L'Hélias L., et al. (2023), "Early-onset neonatal sepsis in the Paris area: a population-based surveillance study from 2019 to 2021", *J Archives of Disease in Childhood-Fetal Neonatal Edition*. 108(2), pp. 114-120.
2. Nguyễn Thị Kiều Nhi (2010), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm tại khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", *Y học thực hành*. 4(2), tr. 523-529.
3. Đào Thị Thơ và Nguyễn Tiến Dũng (2022), "Nhiễm trùng sơ sinh sớm ở mẹ vỡ ối sớm và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Nhi Khoa*. 15(4), tr. 32-37.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé' (ANAES) (2002), "Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né", *Recommandations pour la pratique clinique*.
5. Trương Nguyễn Ngọc Quỳnh (2022), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số MPV, PDW trong Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Trần Diệu Linh (2015), "Một số nhận xét về tình hình nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ đủ tháng tại Trung tâm Chăm sóc và Điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương", *Tạp chí phụ sản*. 13(2A), tr. 118-121.
7. Soman M., Green B., and Daling J. (1985), "Risk factors for early neonatal sepsis", *American journal of epidemiology*. 121(5), pp. 712-719.
8. Nguyễn Thị Thanh Bình, Lê Thị Nhung, Đinh Thị Hải Phương và các cộng sự (2021), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí y học lâm sàng*(116), tr. 116-123.

TÁC DỤNG TRẺ HÓA DA CỦA LIỆU PHÁP HORMONE THAY THẾ Ở PHỤ NỮ ĐỘ TUỔI MÃN KINH

Trương Phương Hoàng¹, Mai Bá Hoàng Anh²

TÓM TẮT

Lão hóa da là một quá trình diễn tiến do tác động của các yếu tố bên ngoài và bên trong liên quan giảm Estrogen quanh độ tuổi mãn kinh, gây nên những thay đổi trên da. Trong hai thập kỷ gần đây, người ta đã ghi nhận tác dụng trẻ hóa của liệu pháp nội tiết thay thế trên phụ nữ, tuy nhiên phương pháp này còn chưa được biết đến rộng rãi. Trong độ tuổi sinh sản, Estrogen được sản xuất tại buồng trứng tham gia vào nhiều cơ chế bảo vệ tính toàn vẹn của làn da thông qua các thụ thể ER α và ER β của nó gắn trên các cấu trúc tế bào của da. Khi phụ nữ đến độ tuổi quanh mãn kinh, hoặc có tiền sử phẫu thuật cắt buồng trứng, mãn kinh sớm, suy buồng trứng sớm, sự thiếu hụt Estrogen đã dẫn đến nhiều hậu quả đối với sức khỏe toàn bộ cơ thể nói chung và làn da nói riêng. Sử dụng nội tiết thay thế để điều trị các triệu chứng liên quan mãn kinh đã được chứng minh có hiệu quả thông qua các nghiên cứu đã chỉ ra tác dụng trẻ hóa da của Estrogen trong liệu pháp hormone thay thế ở phụ nữ mãn kinh, giúp giảm nếp nhăn, giảm khô, giảm teo da, tăng sinh collagen và sợi đàn hồi, cải thiện sắc tố da. Bài báo cáo này, chúng tôi đề cập đến những ứng dụng của liệu pháp hormone thay thế trong việc trẻ hóa da cũng như chỉ định, chống chỉ định, phác đồ khuyến cáo sử dụng hiện nay.

Từ khóa: Mãn kinh, Trẻ hóa da, Liệu pháp hormone thay thế.

SUMMARY

SKIN REJUVENATION IN WOMEN USING MENOPAUSAL HORMONE THERAPY: A SCOPING REVIEW

Skin aging is a progressive process influenced by both external and internal factors, including estrogen decline around menopause, leading to skin changes. Over the past two decades, the rejuvenating effects of hormone replacement therapy (HRT) in women have been recognized, though it remains underutilized. During reproductive years, estrogen produced by the ovaries plays a crucial role in protecting skin integrity through its ER α and ER β receptors on skin cells. However, around menopause, or in cases of ovarian removal, early menopause, or premature ovarian insufficiency, estrogen deficiency results in various health issues, including skin deterioration. Studies have shown that HRT can effectively alleviate menopausal symptoms and promote skin rejuvenation, reducing wrinkles, dryness, and skin atrophy, while increasing collagen and elastin production and improving skin pigmentation. This report discusses the applications of HRT in skin rejuvenation, along with current indications, contraindications, and recommended treatment protocols.

Keywords: Menopause, skin rejuvenation, hormone replacement therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lão hóa da là quá trình diễn tiến tự nhiên của phụ nữ, hiện tượng này càng xuất hiện nhanh và gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống đặc biệt trong giai đoạn mãn kinh, được xác định khi mất kinh kéo dài trong 12 tháng kể từ kỳ kinh nguyệt cuối cùng [4]. Do sự suy giảm nồng độ Estrogen ở giai đoạn này cơ thể phụ nữ có nhiều vấn đề sức khỏe khác nhau,

¹Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Mai Bá Hoàng Anh

SĐT: 0905030307

Email: mbhanh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

trong đó, làn da sẽ trở nên không đều màu, chảy xệ, có nếp nhăn và giảm độ căng mịn.

Liệu pháp hormone thay thế (HRT - Hormone replacement therapy) đã được sử dụng ở phụ nữ mãn kinh trong nhiều thập kỷ và trong khoảng thời gian đó, người ta ghi nhận những tác dụng trẻ hóa da như tăng sinh collagen, giảm khô da và giảm nếp nhăn [1], [5], [8]. Tuy nhiên, do nguy cơ và tác dụng phụ nên việc sử dụng liệu pháp này vẫn còn gây nhiều lo lắng. Để cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng những thông tin cập nhật mới về lợi ích và ứng dụng của liệu pháp hormone thay thế, bài tổng quan này chúng tôi đề cập đến các nghiên cứu gần đây nhất về ảnh hưởng tích cực đến da cũng như các khuyến cáo sử dụng, chỉ định và chống chỉ định của liệu pháp hormone này [2], [3], [4], [6], [7].

II. LỊCH SỬ CỦA LIỆU PHÁP HORMONE THAY THẾ

Liệu pháp nội tiết thay thế (HRT - Hormone replacement therapy) được bắt đầu đưa vào sử dụng từ những năm 1940. Thuốc ban đầu được FDA - Mỹ chấp thuận là Premarin dùng để điều trị triệu chứng bốc hỏa ở phụ nữ mãn kinh. Đến năm 1970 thì người ta sử dụng phối hợp Estrogen và Progesterone nhằm mục đích hạn chế nguy cơ ung thư nội mạc tử cung liên quan đến cơ chế tác động của Estrogen đơn độc. Nghiên cứu PEPI năm 1996 đã cho thấy lợi ích khi điều trị loãng xương, bệnh lý tim mạch, sa sút trí tuệ. Năm 1995, FDA chấp thuận liệu pháp nội tiết được xem như một cách điều trị các vấn đề liên quan đến mãn kinh và phòng ngừa loãng xương. Tuy nhiên, trong suốt những thập kỷ sử dụng thuốc đã có vài báo cáo về tỷ lệ bệnh mạch vành, nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Đặc biệt vào đầu thế kỷ 21, báo cáo tổng hợp của WHI đã nêu lên những tác dụng phụ của thuốc nội tiết như huyết khối, đột quỵ, thuyên tắc mạch phổi, ung thư vú và nội mạc tử cung, điều này đã làm cho giới chuyên môn trên thế giới trở

nên e ngại và dè dặt trong chỉ định liệu pháp này. Trong 20 năm gần đây, đã có sự thay đổi trong thái độ của giới chuyên môn và công chúng về việc sử dụng Estrogen trong y khoa [5]. Một số nghiên cứu được thực hiện gần đây với độ tin cậy cao đã chứng minh việc sử dụng liệu pháp nội tiết Estradiol liều thấp qua da (Tdl E2 - Low-dose Transdermal E2) và Progesterone vi hạt (Micronized Progesterone - Micro P4) ở những phụ nữ mãn kinh có triệu chứng không làm tăng nguy cơ thuyên tắc mạch và đột quỵ [2].

Liệu pháp nội tiết thay thế đã được kêu gọi sử dụng trở lại do những lợi ích mà nó đem lại lớn hơn nhiều so với nguy cơ về tác dụng phụ. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng Estrogen đường uống đơn độc và Progesterone tổng hợp làm tăng nguy cơ nhiều nhất. Estrogen dùng qua da không làm tăng, thậm chí là giảm nguy cơ. Progesterone vi hạt cũng không làm tăng nguy cơ. Ngoài ra, Progesterone đường đặt âm đạo hoặc dụng cụ đặt trong buồng tử cung chỉ có tác động tại chỗ, do đó làm giảm tác dụng toàn thân, trực tiếp bảo vệ nội mạc tử cung [7].

III. TÁC DỤNG TRẺ HÓA DA CỦA LIỆU PHÁP HORMONE THAY THẾ

Từ những năm 1940 khi liệu pháp hormone được đưa vào sử dụng điều trị các triệu chứng liên quan mãn kinh, người ta đã ghi nhận những tác dụng trẻ hóa da ở phụ nữ. Năm 2005, Erin F Wolff, Deepak Narayan và Hugh S Taylor đã thực hiện nghiên cứu trên 65 phụ nữ đã mãn kinh (hoặc phẫu thuật cắt buồng trứng 2 bên). Những phụ nữ này được chia thành hai nhóm: nhóm đã sử dụng liệu pháp hormone thay thế liên tục trong một năm kể từ kỳ kinh cuối cùng; và nhóm không sử dụng nội tiết. Tất cả đối tượng được theo dõi trong vòng 05 năm, những phụ nữ sử dụng androgen, steroids bôi tại chỗ, retinoid hoặc tiền sử phẫu thuật thẩm mỹ vùng mặt, bệnh lý xơ cứng bì, rối loạn collagen, chấn

thương vùng mặt sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Kết quả ghi nhận đánh giá trên 20 phụ nữ đáp ứng tiêu chuẩn chọn lọc gồm 11 phụ nữ chưa từng sử dụng nội tiết thay thế so sánh với 9 người sử dụng nội tiết lâu dài (Yếu tố nhân khẩu học bao gồm tuổi tác, chủng tộc, mức độ tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, sử dụng kem chống nắng, hút thuốc lá và loại da đều tương tự nhau): độ cứng của da đã giảm đáng kể ở những người sử dụng liệu pháp hormone thay thế so với những người không sử dụng ở cả vùng má (1,1 so với 2,7) và trán (20 so với 29). Điểm nếp nhăn trung bình (đánh giá ở 11 điểm trên khuôn mặt theo thang điểm Lemperele) ở người sử dụng hormone thấp hơn so với người không sử dụng hormone (1,5 so với 2,2). Đây được xem là nghiên cứu đầu tiên đánh giá hiệu quả của liệu pháp hormone ở phụ nữ dựa trên thang điểm nếp nhăn của Lemperele. Mặc dù hạn chế của nghiên cứu này là cỡ mẫu nhỏ, tuy nhiên kết quả thu được

có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng minh rằng thuốc nội tiết có tác dụng tích cực đối với làn da khi sử dụng lâu dài và hiệu quả của nó không chỉ riêng biệt ở một vùng cụ thể trên khuôn mặt [8].

Trong những năm tiếp theo, nhiều nghiên cứu khác cũng được thực hiện. Theo bài báo cáo tổng hợp vào năm 2023 của các tác giả Pivazyan L, Avetisyan J, Loshkareva M và Abdurakhmanova A., từ năm 1992 đến nay, đã có 15 nghiên cứu được thực hiện, bao gồm 1589 bệnh nhân, thời gian thực hiện từ những năm 1992 - 2014 [5]. Các phân tích cho thấy sau khi dùng liệu pháp nội tiết cho phụ nữ độ tuổi quanh mãn kinh bằng đường uống hoặc thẩm thấu qua da đã có tác dụng đáng kể giúp tăng độ đàn hồi, tăng độ dày của da, tăng collagen và cải thiện tình trạng khô da. Liều lượng và loại thuốc nội tiết sử dụng trong các nghiên cứu này được tổng hợp chi tiết như bảng 3 [5].

Bảng 1. Các dạng thuốc và liều lượng được sử dụng trong các nghiên cứu

Các dạng thuốc và liều lượng trong các nghiên cứu	
Dạng thuốc	Liều lượng
Liệu pháp hormone đường uống	Estrogen 0,625 mg/ngày + Medrogestone 5 mg/ngày
	Estrogen liên hợp 0,625 mg/ngày + Medrogestone 5 mg/ngày
	Equine Estrogen liên hợp 0,625 mg + 2,5 mg Medroxyprogesterone Acetate
	17 β Estradiol 2mg/ngày x 21 ngày + Cyprotone Acetate 1mg/ngày x 10 ngày
	Valerate Estradiol 2 mg/ngày x 21 ngày + Cyprotone Acetate 1mg/ngày x 10 ngày
	Estradiol 1 mg
	1 mg Norethidrone Acetate, 5mcg Ethinyl Estradiol hoặc 1 mg Norethidrone Acetate, 10mcg Ethinyl Estradiol
	Estrogen liên hợp 0,625 mg
	E & P phối hợp đường uống hằng ngày với 2 mg 17 β Estradiol + 1 mg Norethistine Acetate
Đường uống hoặc qua da	Không có câu trả lời
Liệu pháp hormone thẩm thấu qua da	Kem bôi 2% Progesterone
	17 β Estradiol 0,72 mg/2 ngày + Cyclic Medroxyprogesterone Acetate + Raloxifene 60 mg/ngày
	Kem Premarin (0,625 mg Estrogen liên hợp/1 gam thuốc)
	Nhóm 1: 0,625 mg/ngày Equine Estrogen liên hợp Nhóm 2: 50 ngày với 17 β Estradiol
	Nhóm 3: 0,625 mg/ngày Equine Estrogen liên hợp x 1 tháng Nhóm 1: Estradiol / Nhóm 2: Estradiol + Glycolic Acid

Về hiệu quả tác động trên da của liệu pháp nội tiết cho phụ nữ độ tuổi quanh mãn kinh [5]. Gần đây nhất, vào tháng 1 năm 2024, bài báo tổng hợp của Bruna Bravo và cộng sự cũng đã ghi nhận một số tác dụng phụ khi sử dụng nội tiết Estradiol được mô tả như bảng 4 [1]. Mặc dù tỷ lệ rất đa gặp ở 20% bệnh nhân dùng thuốc qua đường bôi ngoài da, tỷ lệ dị ứng da tại chỗ thấp (<1%), nhưng chúng ta cũng thấy rằng nhiều nghiên cứu đã ghi nhận hiệu quả giảm teo da và giảm khô da của Estradiol lên đến 31% bệnh nhân.

Bảng 2. Lợi ích và một số tác dụng phụ trên da của liệu pháp hormone [1]

Lợi ích và tác dụng phụ của liệu pháp hormone		
Loại hormone	Tác dụng có lợi trên da	Tác dụng phụ trên da
Estradiol	Giảm teo da và giảm khô da (31%)	Rất da (20%) (thuốc dùng tại chỗ); dị ứng da tại chỗ (< 1%)
Testosterone	Giảm teo da	Nổi mụn (5,6 – 50%); rậm lông mặt (11,6 – 19,6%), rậm lông cơ thể (6- 36%)
DHEA (Dehydroepiandrosterone)	Giảm teo da (73%)	Nổi mụn (23%); tăng tiết bã nhờn (64%), độ bóng dầu và độ đàn hồi da thay đổi (41 - 89%)

Liệu pháp nội tiết thay thế tác động đến độ dày và mật độ các yếu tố cấu trúc da. Mật độ, hàm lượng, độ dày collagen ở da được báo cáo là có khả năng được duy trì ở những người sử dụng thuốc nội tiết so với những người cùng lứa tuổi nhưng không dùng thuốc. Nghiên cứu của Guinot C và cộng sự năm 2005, thực hiện phân tích dựa trên dữ liệu của 106 phụ nữ da trắng có làn da khỏe mạnh. Nhóm nghiên cứu đã phân nhóm các phụ nữ như sau: có 20 phụ nữ mãn kinh dưới 5 năm (8 người dùng HRT trong ít nhất 1 năm và 7 người không sử dụng) và 86 phụ nữ mãn kinh ít nhất từ 5 năm (35 người dùng HRT trong ít nhất 5 năm và 43 người chưa bao giờ dùng HRT). Kết quả cho thấy điều trị bằng Estrogen liên hợp trong 12 tháng đã được chứng minh làm tăng độ dày của da (giảm teo da), chức năng hàng rào da và khả năng giữ nước của lớp sừng liên quan mãn kinh cũng phục hồi một phần sau liệu pháp nội tiết thay thế [5]. Điều này càng cung cấp thêm bằng chứng về tiềm năng sử dụng Estrogen liên hợp trong việc ngăn ngừa lão hóa da.

IV. KHUYẾN CÁO VỀ SỬ DỤNG LIỆU PHÁP HORMONE THAY THẾ

Vai trò của nội tiết (đặc biệt là Estrogen) là vô cùng quan trọng đối với sắc đẹp và duy

trì sự tươi trẻ cho làn da. Việc sử dụng thuốc chứa nội tiết thay thế (HRT- Hormones Replacement Therapy) trong thời kỳ mãn kinh hiện nay còn nhiều tranh cãi vì những tác dụng phụ của Estrogen như: tăng nguy cơ ung thư vú, ung thư nội mạc tử cung, bệnh lý tim mạch, đột quỵ, thuyên tắc tĩnh mạch. Tuy nhiên đã có những đồng thuận và khuyến cáo giúp tối ưu hóa lợi ích mà HRT đem lại cũng như giảm thiểu nhất những nguy cơ của nó khi sử dụng. Cụ thể, một số tác giả khuyến cáo không nên sử dụng đơn độc hormone như một cách điều trị lão hóa da mà nên kết hợp nhiều phương pháp, tham vấn ý kiến chuyên môn đa ngành, để đặt ra một liệu trình cụ thể và phù hợp.

Hầu hết các đồng thuận đều khuyến nghị sử dụng HRT ở phụ nữ sau mãn kinh có triệu chứng dưới 60 tuổi trong vòng 10 năm kể từ khi bắt đầu mãn kinh [6]. Việc sử dụng HRT cũng được khuyến khích ở những phụ nữ bị suy sinh dục, mãn kinh sớm hoặc suy buồng trứng nguyên phát (POI - Primary Ovarian Insufficiency) mà không cần ngừng thuốc cho đến khi đạt độ tuổi trung bình bắt đầu mãn kinh. Bắt đầu sử dụng HRT gần thời kỳ mãn kinh với liều hiệu quả thấp nhất có nhiều khả năng mang lại lợi ích nhiều nhất và rủi ro thấp nhất, tác dụng bao gồm làm

giảm triệu chứng trong ngắn hạn và phòng ngừa lâu dài bệnh mãn tính. Hầu hết các hướng dẫn cũng đề cập đến các đường dùng và công thức khác nhau. So với HRT đường uống, liệu pháp thẩm thấu qua da được khuyến cáo là phương pháp an toàn hơn ở những phụ nữ có nguy cơ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc tắc mạch phổi vì nó ít

gây ra nguy cơ đột quỵ và bệnh động mạch vành. Khuyến cáo sử dụng HRT đặt âm đạo liều thấp cho hội chứng tiết niệu sinh dục và nên tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa ung thư đối với những phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh ung thư vú. HRT tổng hợp không được khuyến khích sử dụng do thiếu bằng chứng về tính an toàn và hiệu quả [6].

Bảng 3. Các đồng thuận về khuyến cáo sử dụng liệu pháp hormone thay thế [6]

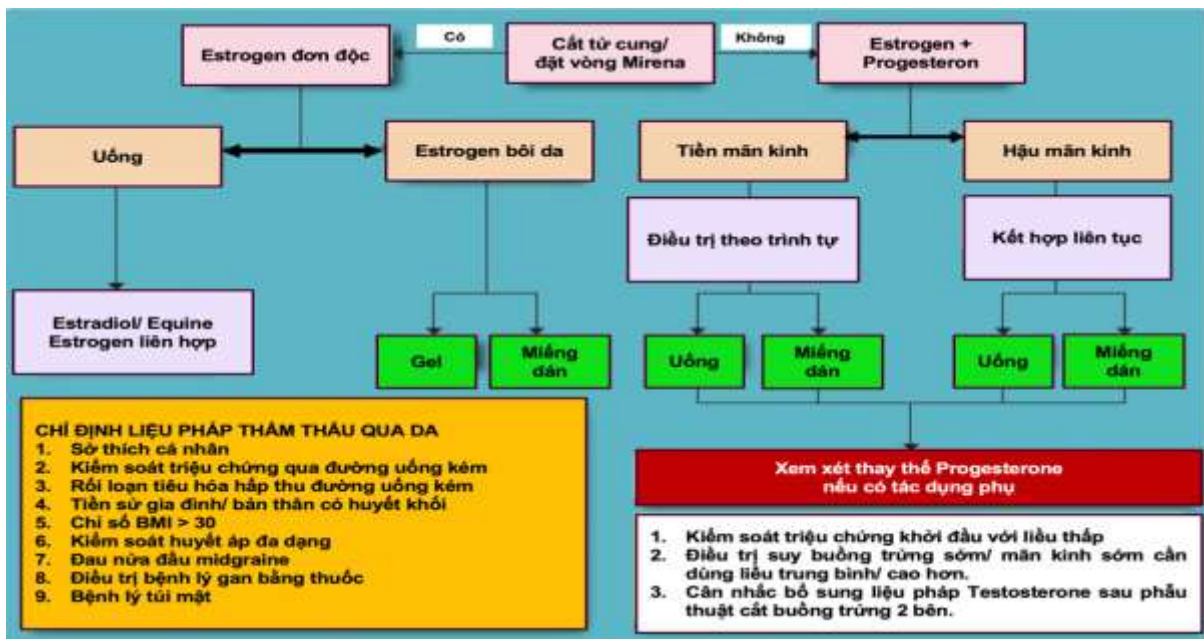
Đồng thuận chung về khuyến cáo sử dụng liệu pháp hormone	
Chỉ định	Có triệu chứng mãn kinh Suy buồng trứng sớm/mãn kinh sớm (ACOG, BMS, Hội nội tiết, Đồng thuận quốc tế, IMS, NAMS, NICE)
Cân nhắc nguy cơ	Lớn tuổi, khởi phát triệu chứng mãn kinh sớm (AACE & ACE, BMS, Đồng thuận quốc tế, IMS, NAMS) Bệnh tim mạch, ung thư vú (AACE & ACE, Hội nội tiết) Bệnh lý mỡ máu, hút thuốc lá (AACE & ACE) Cân nhắc quyết định dựa trên nguy cơ - lợi ích (ACOG) Không đánh giá (USPSTF)
Thời điểm bắt đầu	Tuổi < 60, 10 năm trước khi bắt đầu mãn kinh (AACE & ACE, BMS, Đồng thuận quốc tế, IMS, NAMS) Có thể có lợi ích trong việc ngăn ngừa bệnh tim mạch quanh độ tuổi mãn kinh (AACE & ACE, ACOG, BMS, Đồng thuận quốc tế, NAMS)
Thời gian điều trị	Lựa chọn cá thể hóa dựa trên cân nhắc nguy cơ – lợi ích mà không có giới hạn bắt buộc (ACOG, BMS, Hội nội tiết, Đồng thuận quốc tế, IMS, NICE) Thời gian sử dụng ngắn nhất để đạt mục tiêu điều trị và hạn chế nguy cơ (AACE & ACE, Hội nội tiết, NAMS) Trung bình < 5 năm (AACE & ACE, NICE) Không đánh giá (USPSTF)
Liều lượng	Liều dùng thấp nhất để giảm triệu chứng và hạn chế tối đa nguy cơ (AACE & ACE, ACOG, Đồng thuận quốc tế, NAMS) hoặc Liều điều trị cá thể hóa để nguy cơ là thấp nhất (BMS, IMS, NICE)
Liệu pháp thẩm thấu qua da	Khuyến cáo cho phụ nữ có nguy cơ huyết khối (AACE & ACE, ACOG, BMS, Hội nội tiết, Đồng thuận quốc tế, IMS, NICE, NAMS) Béo phì (Hội nội tiết, IMS, NICE) Tăng huyết áp (AACE & ACE, Hội nội tiết) Tăng triglyceride máu hoặc sỏi mật (AACE & ACE) Không khuyến cáo (USPSTF)
Thuốc đặt âm đạo	Khuyến cáo cho hội chứng tiết niệu – sinh dục của mãn kinh (AACE & ACE, ACOG, Hội nội tiết, Đồng thuận quốc tế, IMS, NICE, NAMS) Bác sĩ khoa Ung Bướu cần tham gia điều trị cho phụ nữ có nguy cơ mắc ung thư vú (ACOG, Hội nội tiết, IMS, NAMS)
Liệu pháp hormone thay thế	Đề nghị Chống lại liệu pháp hormone sinh học không được FDA chấp thuận

Về chống chỉ định của HRT, khuyến cáo mới nhất của tác giả đăng trên tạp chí của Cơ quan Y tế Vương Quốc Anh (NHS-The National Health Service) 2023, gồm nội dung sau [3]:

- Phụ nữ có thai.
- Chảy máu âm đạo không rõ nguyên nhân.
- Tiền sử hoặc hiện tại có huyết khối tĩnh mạch vô căn (VTE - huyết khối tĩnh mạch sâu/ tắc mạch phổi).
- Bệnh huyết khối động mạch (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực).

- Bệnh gan đang tiến triển.
- Ung thư vú (nghi ngờ, hiện tại hoặc tiền sử).
- Tiền sử hoặc nghi ngờ ung thư phụ thuộc Estrogen (ung thư nội mạc tử cung).
- Bệnh lý rối loạn đông máu.
- Tăng sản nội mạc tử cung.

Năm 2022, Hiệp hội Mãn kinh Anh (The British Menopause Society) đã đề xuất bản tóm tắt phác đồ chỉ định cho các loại HRT khác nhau hiện có, được trình bày chi tiết như sau (Hình 1):



Hình 1. Phác đồ tóm tắt chỉ định liệu pháp hormone của Hiệp hội Mãn kinh Anh [4]

V. KẾT LUẬN

Mãn kinh là thời điểm quan trọng trong quá trình lão hóa da ở phụ nữ, trong đó Estrogen là hormone có tác động to lớn khi sự sụt giảm của nó dẫn đến những biểu hiện lão hóa da như teo mô, khô da và xuất hiện nếp nhăn. Các đồng thuận quốc tế cũng đã đưa ra nhiều bằng chứng về việc sử dụng liệu pháp hormone thay thế có hiệu quả giúp giảm và ngăn chặn quá trình lão hóa da thông qua việc làm tăng mật độ collagen, tăng độ đàn hồi da, giảm nếp nhăn. Sử dụng liệu pháp hormone thay thế cần tuân theo phác đồ cá thể hóa, có

sự phối hợp đa chuyên khoa để đảm bảo sự an toàn và tăng hiệu quả làm chậm quá trình lão hóa da cho phụ nữ độ tuổi mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bravo, B.; Penedo, L.; Carvalho, R.; Dal Vesco, C.; Calomeni, M.; Gapanowicz, D.; Kemen, E.; Paes, R.; Renke, G. Dermatological Changes during Menopause and HRT: What to Expect? *Cosmetics* 2024, 11, 9. https://doi.org/10.3390/cosmetics_11010009.
2. L'Hermite M. Bioidentical menopausal hormone therapy: registered hormones (non-

- oral estradiol $\pm$ progesterone) are optimal. *Climacteric*. 2017 Aug;20(4):331-338. doi: 10.1080/13697137.2017.1291607. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28301216.
3. **Manju Navani et al.** (2023), “Hormone Replacement Therapy Guidance for Menopause Management”, NHS Stockport CCG HRT Guidance for Menopause Management, GMMMG greater Manchester Medicines management group, <https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/GM-HRT-Guidance-for-Menopause-Management-final-v1.0-approved-for-GMMMG-website.pdf>
 4. **Peacock K, Carlson K, Ketvertis KM. Menopause.** [Updated 2023 Dec 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507826/>.
 5. **Pivazyan L, Avetisyan J, Loshkareva M, Abdurakhmanova A.** Skin Rejuvenation in Women using Menopausal Hormone Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Menopausal Med*. 2023 Dec;29(3):97-111. doi: 10.6118/jmm.22042. PMID: 38230593; PMCID: PMC10796198.
 6. **Meijun Pan, Xinyao Pan, Jing Zhou, Jing Wang, Qing Qi, Ling Wang** (2022), “Update on hormone therapy for the management of postmenopausal Women”, *BioScience Trends*. 2022; 16(1):46-57, DOI: 10.5582/bst.2021.01418.
 7. **Scarabin PY.** Progestogens and venous thromboembolism in menopausal women: an updated oral versus transdermal estrogen meta-analysis. *Climacteric*. 2018 Aug;21(4): 341-345. doi: 10.1080/13697137.2018.1446931. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29570359.
 8. **E.F. Wolff, D. Narayan, H.S. Taylor** (2005), “Long-term effects of hormone therapy on skin rigidity and wrinkles”, *Fertil Steril*, 84 (2005), pp. 285-288, DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.12.062.

KẾT QUẢ SOI PHẾ QUẢN ỔNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN NĂM 2023 - 2024

**Mai Thanh Long¹, Hoàng Hà¹,
Ngô Thị Hiếu¹, Lê Thị Hiền¹**

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Nội soi phế quản ống mềm là thủ thuật giúp trực tiếp quan sát giải quyết vấn đề tại lòng phế quản ngày càng được chỉ định rộng

rãi. **Mục tiêu:** Mô tả và phân tích các chỉ định, các kết quả và một số biến chứng nội soi phế quản ống mềm. **Phương pháp:** Mô tả, cỡ mẫu điều tra một tỷ lệ, chọn chủ đích các bệnh nhân có chỉ định soi phế quản, thu được 385 mẫu. Quy trình soi phế quản ống mềm, lấy dị vật, bơm rửa phổi, dẫn lưu mủ, sinh thiết xuyên thành, sinh thiết tổ chức. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Giới Nam (63,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn giới nữ (36,9%). Tuổi trung bình 61,32 $\pm$ 14,32. Triệu chứng định hướng chính định: ho kéo dài chiếm 83,4%, nghi lao phổi 34,8%,

¹*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

SĐT: 09112211826

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Xquang phổi thấy bất thường 23,6%, nghi u phổi 12,6%, dị vật xâm nhập 1,03%. Chỉ định nghi ngờ lao, nghi ung thư phổi có mối liên quan chặt chẽ với kết quả AFB dương tính trong, kết quả sinh thiết tại chỗ trong nội soi phế quản ống mềm có ý nghĩa thống kê rõ ràng với $p < 0,01$. Biến chứng nôn, ợ dịch (15,3%), sốt sau nội soi (14,28%) chảy máu mũi (10,4%) và co thắt thanh quản, khí quản, phế quản (8,1%). **Kết luận:** Nội soi phế quản là một thủ thuật quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị các bệnh lý hô hấp, đặc biệt là chẩn đoán lao phổi và ung thư phổi. Việc chỉ định thực hiện nội soi phế quản cần phải được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra. **Khuyến nghị:** Cần cẩn thận theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau thủ thuật nội soi phế quản ống mềm để phát hiện sớm các biến chứng nếu có.

Từ khóa: Nội soi phế quản ống mềm, ho ra máu, u phổi, lao phổi, Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

SUMMARY

RESULTS OF FLEXIBLE BRONCHOSCOPY AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

Background: Flexible bronchoscopy is an increasingly utilized procedure for direct observation and intervention within the bronchial lumen. **Objective:** To describe and analyze the indications, outcomes, and complications of flexible bronchoscopy. **Methods:** A descriptive study was conducted with a sample size of 385 patients who were purposefully selected based on bronchoscopy indications. Procedures included bronchoscopy, foreign body removal, lung lavage, pus drainage, transbronchial biopsy, and tissue biopsy. Data were analyzed using SPSS software. **Results:** The majority of patients were male (63.1%), with an average age of 61.32 ± 14.32 . The most common symptoms leading to bronchoscopy

were persistent cough (83.4%), suspected pulmonary tuberculosis (34.8%), abnormal chest X-ray findings (23.6%), suspected lung cancer (12.6%), and foreign body aspiration (1.03%). There was a strong association between suspected tuberculosis or lung cancer and positive AFB results or biopsy findings during bronchoscopy, with significant statistical relevance ($p < 0.01$). Complications included nausea and vomiting (15.3%), post-procedure fever (14.28%), nasal bleeding (10.4%), and laryngotracheobronchial spasms (8.1%). **Conclusion:** Bronchoscopy is a crucial procedure for diagnosing and treating respiratory diseases, especially tuberculosis and lung cancer. Indications for bronchoscopy should be carefully considered based on the patient's clinical condition, weighing the potential benefits and risks. **Recommendations:** Careful monitoring and post-procedure care are essential to detect early complications.

Keywords: Flexible bronchoscopy, hemoptysis, lung cancer, pulmonary tuberculosis, Thai Nguyen Lung Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi phế quản ống mềm đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán các tình huống khác nhau như bệnh nhân ho ra máu, nhiễm trùng ngực, bệnh nhu mô phổi, các nốt hoặc khối ở phổi, thâm nhiễm phổi dai dẳng, bệnh hạch trung thất và nghi ngờ tái ghép phổi. Hơn nữa, nội soi phế quản ống mềm có thể được sử dụng trong điều trị trong các trường hợp hút dị vật, cắt bỏ hoặc loại bỏ các khối nội phế quản, hẹp đường thở và rửa phổi.

Nhiều tác dụng phụ có thể xảy ra với nội soi phế quản ống mềm, có thể được chia thành các biến chứng liên quan đến thuốc và thủ thuật. Bệnh lý thần kinh, co giật hoặc thậm chí hôn mê đã được báo cáo do quá liều

thuốc gây tê cục bộ. Các biến chứng khác liên quan đến thuốc bao gồm liệt thần kinh cơ kéo dài, tăng thân nhiệt và huyết động không ổn định. Mặt khác, các biến chứng của thủ thuật như tràn khí màng phổi và chảy máu có thể xảy ra.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả, phân tích các chỉ định và hiệu quả chẩn đoán, các biến chứng của thủ thuật nội soi phế quản trong chẩn đoán các bệnh hô hấp khác nhau từ đó có được những giá trị thực tiễn trong thực hành thủ thuật này. Đề tài nhằm các mục tiêu: Mô tả và phân tích các chỉ định, các kết quả và một số biến chứng nội soi phế quản ống mềm tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên năm 2023 - 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm

- Bệnh nhân nghiên cứu là bệnh nhân nội soi phế quản ống mềm ống mềm tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

- Thời gian: Từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn là bệnh nhân có chỉ định nội soi phế quản ống mềm:

+ Có các dấu hiệu cấp, mạn tính đường hô hấp: Ho kéo dài, ho ra máu, khò khè.

+ Có các bệnh lý của phổi đang theo dõi hoặc đã xác định: Ung thư phổi, áp xe phổi, xẹp phổi, viêm phổi tắc nghẽn mạn tính.

+ Có dị vật đường thở, tắc nghẽn đường thở.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân không hợp tác, nhồi máu cơ tim mới khởi phát gần đây, đau thắt ngực không ổn định và rối loạn nhịp nghiêm trọng, Nồng độ O₂ thấp SpO₂<65%, Rối loạn chức năng đông máu, hen suyễn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả

- Cỡ mẫu: tính theo công thức mô tả một tỷ lệ, với giá trị p ước định = 0,05; d = 0,05. n = 385.

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

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu. Đề tài thu nhận được 385 bệnh nhân.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Các chỉ tiêu chỉ mô tả đặc lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân: tuổi, giới, tiền sử bệnh lao, ho, sốt, gày sút cân, đau ngực, khó thở, ho ra máu, có ran, Xquang tổn thương thâm nhiễm, nốt, đám, có hang, 1 bên hay 2 bên phổi, bằng chứng vi sinh học về lao, thể bệnh lao, kết quả điều trị.

- Các chỉ tiêu là các tiêu chí chỉ định, kết quả thủ thuật và biến chứng của thủ thuật nội soi phế quản ống mềm

2.4. Tiêu chuẩn, kỹ thuật nghiên cứu

Quy trình nội soi phế quản ống mềm theo hướng dẫn của TT-BYT 372018 (2019), danh mục các thủ thuật [1]. Quan sát, phân tích, lưu giữ hình ảnh bất thường, tổn thương khi nội soi phế quản. Các thủ thuật lấy dị vật, bơm rửa phổi, dẫn lưu mủ, sinh thiết xuyên phế quản, sinh thiết tổ chức theo hướng dẫn BHYT số: 1981 (2014) [1].

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được mã hóa và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm Excel. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi và giới của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi \ Giới	Nam - n (%)	Nữ - n (%)	Tổng - n (%)
<18	0 (0,00)	2 (14,08)	2 (0,52)
18-29	10 (41,15)	6 (42,25)	16 (5,18)
30-39	10 (41,15)	10 (70,42)	20 (5,19)
40-49	27 (11,11)	15 (10,56)	42 (10,90)
50-59	38 (16,24)	26 (18,31)	64 (16,62)
60-69	91 (34,45)	46 (32,39)	137 (35,58)
≥70	67 (27,57)	37 (26,06)	104 (27,01)
Tổng	243	142	385
Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$	61,32 $\pm$ 14,32	59,39 $\pm$ 16,12	60,61 $\pm$ 15,01

Độ tuổi thường gặp nhất là 60-69 chiếm 137/385 (35,6%), tiếp đó là nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 104/385 (27%), độ tuổi ít gặp nhất là <18 với 0,5%. Độ tuổi trung bình là 60,61 $\pm$ 15,01. Tuổi trung bình của nam và nữ khác nhau không đáng kể. Giới Nam (63,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn giới nữ (36,9%).

Bảng 2: Triệu chứng, hội chứng, bệnh lý chỉ định nội soi phế quản

Dấu hiệu \ Bệnh nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ho kéo dài	321	83,37
Đau ngực	59	15,32
Ho ra máu	41	10,64
Dị vật xâm nhập đường thở	4	1,03
X quang phổi thấy bất thường	91	23,63
Nghi lao phổi	134	34,80
Nghi u phổi	76	19,74

Bệnh nhân có biểu hiện ho kéo dài chiếm tỉ lệ cao nhất 83,4%, tiếp theo là nghi lao phổi 134/385 (34,8%), X quang phổi thấy bất thường 91/385 (23,6%), đau ngực 59/385 (15,3%), nghi u phổi 76/385 (12,6%), ho ra máu 41/385 (10,6%). Dấu hiệu ít gặp nhất là dị vật xâm nhập đường thở chiếm tỉ lệ 1,03%.

3.2. Thao tác kỹ thuật trong quá trình soi phế quản

Tần suất các thao tác kỹ thuật khi soi phế quản ở bệnh nhân nghiên cứu

Thủ thuật \ Bệnh nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lấy dị vật	9	2,33
Sinh thiết bằng kim	62	16,10
Bơm rửa	350	90,90

Kỹ thuật bơm rửa chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 90,90%, tiếp theo là sinh thiết bằng kim 62/385 (16,10%). Lấy dị vật chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,33%.

3.3. Một số kết quả và tai biến của soi phế quản

Bảng 4: Kết quả mô bệnh học bằng sinh thiết qua soi phế quản

Bệnh nhân	n	%
Kết quả mô bệnh		
Ung thư	29	7,53
Lao	183	47,53
Viêm ngoài lao	252	65,45
Hen	39	10,12
Không xác định	18	4,67
Tổng số	385	100,00

Kết quả mô bệnh học bằng sinh thiết qua soi phế quản chiếm tỉ lệ nhiều nhất là viêm ngoài lao với tỉ lệ 41,9%, tiếp đó là Lao với 30,4%, hen 6,5%, ung thư 4,8%, không xác định chiếm tỉ lệ thấp nhất là 3%.

Bảng 5: Liên quan giữa chỉ định nghi lao với kết quả tìm AFB tại chỗ

Kết quả từ bệnh phẩm nội soi	Lao n (%)	Không lao n (%)	χ^2 , p
Lâm sàng			
Lâm sàng nghi lao phổi (n = 134)	134 (73,22)	0 (0,00)	226,88; p < 0,01
Lâm sàng không nghi lao (n = 251)	49 (26,78)	202 (100,00)	
Tổng	183	202	

Kết quả cho thấy việc chỉ định nghi ngờ lao có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với kết quả AFB dương tính trong nội soi phế quản ống mềm, với $p < 0,01$.

Bảng 6: Liên quan giữa chỉ định nghi ung thư phổi với kết quả sinh thiết tại chỗ

Kết quả từ bệnh phẩm nội soi	Ung thư n (%)	Không ung thư n (%)	χ^2 , p
Lâm sàng			
Lâm sàng nghi u phổi (n = 76)	15 (51,72)	61 (17,13)	16,13; p < 0,01
Lâm sàng không nghi u phổi (n = 209)	14 (48,28)	295 (82,87)	
Tổng	29	356	

Có mối liên quan giữa chỉ định nghi ung thư phổi và kết quả sinh thiết tại chỗ trong nội soi phế quản ống mềm có ý nghĩa thống kê rõ ràng với $p < 0,01$.

Bảng 7: Một số tai biến khi nội soi phế quản ống mềm

Bệnh nhân	n	%
Tai biến		
Chảy máu mũi	40	10,38
Nôn (ít), ợ dịch	59	15,32
Co thắt thanh quản, khí quản, phế quản	31	8,05
Sốt sau nội soi	55	14,28

Bảng 7 cho thấy tai biến hay gặp nhất khi soi phế quản bằng ống mềm là nôn, ợ dịch với tỉ lệ gặp là 15,3%. Sốt sau nội soi ít gặp khá nhiều với tỉ lệ 14,28%. tiếp theo là chảy máu mũi 40/385 (10,4%), co thắt thanh quản, khí quản, phế quản 31/385 (8,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung, triệu chứng định hướng chỉ định nội soi phế quản

Tuổi và giới: Trong thủ thuật nội soi phế quản tuổi và giới của bệnh nhân có thể ảnh hưởng đến quyết định thực hiện thủ thuật cũng như kết quả điều trị, đặc biệt đối với bệnh nhân bị lao và các bệnh lý hô hấp khác. Tại nghiên cứu này, độ tuổi thường gặp nhất là 60-69 chiếm 137/385 (35,6%), tiếp đó là nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 104/385 (27%), độ tuổi ít gặp nhất là <18 với 0,5%. Độ tuổi trung bình là $60,61 \pm 15,01$. Tuổi trung bình của nam và nữ khác nhau không đáng kể. Giới Nam (63,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn giới nữ (36,9%). Nghiên cứu này có tỷ lệ tương đương của Tạ Bá Thắng (2014), là nam giới thường có tỷ lệ mắc bệnh lao cao hơn so với nữ giới, đặc biệt ở các quốc gia có tỷ lệ bệnh lao cao. Họ cũng hút thuốc lá và sử dụng rượu nhiều hơn, nguyên nhân tăng cường nguy cơ mắc các bệnh lý hô hấp như bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và ung thư phổi. Nội soi phế quản có thể cần thiết hơn cho nam giới trong việc phân tích khối u phổi hoặc những tổn thương liên quan đến thuốc lá [2, 5, 6].

Các triệu chứng định hướng chỉ định nội soi phế quản ống mềm: là ho kéo dài chiếm tỉ lệ cao nhất 83,4%, tiếp theo là nghi lao phổi 134/385 (34,8%), X quang phổi thấy bất thường 91/385 (23,6%), đau ngực 59/385 (15,3%), nghi u phổi 76/385 (12,6%), ho ra máu 41/385 (10,6%). Dấu hiệu ít gặp nhất là dị vật xâm nhập đường thở chiếm tỉ lệ 1,03%.

Mối liên quan với kết quả tìm AFB: Kết quả cho thấy việc chỉ định nghi ngờ lao có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với kết quả tìm AFB dương tính trong nội soi phế quản ống mềm, với $p < 0,01$. Nội soi phế quản ống mềm là một kỹ thuật quan trọng trong việc chẩn đoán các bệnh lý đường hô hấp, đặc biệt là bệnh lao phổi. Việc

chỉ định thực hiện nội soi phế quản cho những trường hợp nghi ngờ lao thường dựa trên các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh trên X-quang và các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh lao. Khi tiến hành nội soi phế quản, việc xác định sự hiện diện của vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis qua phương pháp nhuộm AFB tại chỗ là một yếu tố quan trọng để xác nhận chẩn đoán lao. Kết quả AFB dương tính cho thấy có sự hiện diện của vi khuẩn lao, khẳng định rằng bệnh nhân đang mắc bệnh lao phổi. Tác giả Bauer, Arosio (2001) cũng cho nhận định như vậy, [6, 7].

Mối liên quan với kết quả sinh thiết: Giữa chỉ định nghi ung thư phổi và kết quả sinh thiết tại chỗ trong nội soi phế quản ống mềm có ý nghĩa thống kê rõ ràng với $p < 0,01$. Nội soi phế quản ống mềm là một phương pháp chẩn đoán và can thiệp quan trọng trong việc phát hiện và xác định các bệnh lý phổi, đặc biệt là ung thư phổi. Khi có nghi ngờ về sự hiện diện của ung thư phổi, việc chỉ định thực hiện nội soi phế quản thường được xem là một bước cần thiết để lấy mẫu mô cho sinh thiết, từ đó xác định tính chất ác tính của khối tổn thương, trùng với nhận xét của Ahn JH (2020) [3]. Một mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ định nghi ung thư phổi và kết quả sinh thiết tại chỗ cho thấy rằng những bệnh nhân được chỉ định nội soi phế quản vì lý do nghi ngờ ung thư phổi có tỷ lệ dương tính trong sinh thiết cao hơn so với những bệnh nhân không có chỉ định này. Tác giả Bauer, Arosio (2001) cũng cho nhận định như vậy [6, 7]. Kết quả này cho thấy rằng việc nghi ngờ ung thư phổi là một dấu hiệu quan trọng trong việc quyết định thực hiện sinh thiết để xác định tính chất của các tổn thương tại phổi. Khi kết quả sinh thiết cho thấy tế bào ác tính, điều này không chỉ khẳng định chẩn đoán ung thư phổi mà còn giúp xác định giai đoạn bệnh, từ đó hướng tới các phương pháp

điều trị phù hợp. Ngược lại, nếu sinh thiết cho kết quả âm tính, điều này cũng có giá trị trong việc loại trừ chẩn đoán ung thư, từ đó tiếp tục điều tra các nguyên nhân khác của triệu chứng bệnh nhân.

4.2. Kỹ thuật, kết quả và tai biến của soi phế quản

Can thiệp điều trị qua nội soi phế quản: Lấy dị vật, bơm rửa và dẫn lưu là công cụ thiết yếu trong điều trị các bệnh lý đường hô hấp. Nghiên cứu của chúng tôi có kỹ thuật bơm rửa chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 90,90%, tiếp theo là sinh thiết bằng kim 62/385 (16,10%). Lấy dị vật chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,33%.

Việc thực hiện chính xác kỹ thuật nội soi và theo dõi sau can thiệp là rất quan trọng để đạt được hiệu quả tốt nhất và giảm thiểu biến chứng. Hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ, kỹ thuật viên và bệnh nhân sẽ nâng cao chất lượng điều trị, mang lại sự hồi phục nhanh chóng và an toàn cho bệnh nhân. Chỉ định lấy dị vật thường được thực hiện khi bệnh nhân có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở do dị vật gây ra, có thể là thực phẩm, đồ chơi, hoặc các dị vật khác. Sử dụng các dụng cụ như kẹp, vòng, hoặc ống lấy dị vật trong quá trình nội soi để gấp thành công dị vật ra ngoài. Thủ thuật giúp cải thiện nhanh chóng tình trạng thở của bệnh nhân. Giảm hoặc loại bỏ hoàn toàn triệu chứng như khó thở, ho, và rối loạn thở. Nguy cơ nhiễm trùng phổi giảm nếu dị vật được lấy ra kịp thời [1, 3, 4].

Mô tả hình thái tổn thương khi thực hiện nội soi phế quản: là rất quan trọng vì nó giúp bác sĩ xác định nguyên nhân gây ra triệu chứng hô hấp, cũng như lập kế hoạch điều trị hợp lý. Tổn thương có thể xuất hiện dưới nhiều hình thức, từ khối u xấu (ung thư) đến khối u lành (u bã đậu, tổn thương viêm). Với u lành, tổn thương thường có bờ rõ ràng và độ dày không đồng nhất. Tổn thương sẹo (xơ

hóa) có thể do quá trình viêm mạn tính hoặc nhiễm trùng trước đó. Xuất hiện như những khu vực đông đặc, thường có bề mặt không đều. Tổn thương niêm mạc có thể là viêm, loét hoặc xuất huyết. Viêm phế quản mạn tính thường thấy niêm mạc dày lên, xung huyết, và có thể có chất nhầy tích tụ.

Tổn thương có thể có màu đỏ do viêm, màu trắng do nấm, màu vàng do mủ hoặc do một số chất nhầy. Kích thước tổn thương có thể gợi ý về tính chất lành tính hay ác tính. Tổn thương lớn và không đối xứng có thể đáng lo ngại hơn. Tổn thương ở vùng gần gốc phổi có thể chỉ ra bệnh lý lan rộng hơn, trong khi tổn thương ở ngoại biên thường liên quan đến những tổn thương khu trú. Tổn thương xuất hiện tại nhánh phế quản có thể gợi ý về nguyên nhân như dị vật, bệnh viêm phế quản mãn hoặc tổn thương do ung thư [2, 6, 7].

Lấy bệnh phẩm, bơm rửa: Kỹ thuật này được thực hiện trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng, viêm phế quản mạn tính, hoặc khi có sự tích tụ dịch trong đường hô hấp. Giúp làm sạch đường thở, cải thiện thông khí phổi và giảm triệu chứng như ho, khó thở. Có thể thu nhận mẫu dịch để xét nghiệm vi sinh nhằm xác định nguyên nhân nhiễm trùng. Kỹ thuật có thể gây phản ứng viêm, tăng tiết dịch, hoặc gây khó chịu cho bệnh nhân [4].

Biến chứng của thủ thuật: Tại nghiên cứu này hay gặp nhất là nôn, ợ dịch với tỉ lệ gặp là 15,3%. Sốt sau nội soi ít gặp khá nhiều với tỉ lệ 14,28%. tiếp theo là chảy máu mũi 40/385 (10,4%), co thắt thanh quản, khí quản, phế quản 31/385 (8,1%). Kết quả này cũng tương đương nghiên cứu khác, cho thấy triệu chứng sốt xảy ra ở 10% đến 15% số bệnh nhân. Bệnh nhân có thể bị tăng ho sau khi rửa phế quản. Hiếm khi, gây tê tại chỗ gây ra co thắt thanh quản, co thắt phế quản, co giật hoặc rối loạn nhịp tim hoặc ngừng tim. Không có tử vong. Tỷ lệ tử vong là từ 1

đến 4/10.000 bệnh nhân [5]. Sinh thiết xuyên phế quản có thể gây tràn khí màng phổi (2% đến 5%), xuất huyết đáng kể (1% đến 3,0%). Ở người lớn tuổi, nguy cơ mắc các bệnh lý hô hấp bẩm sinh và mắc kèm cao. Hệ thống miễn dịch cũng yếu hơn, làm cho bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng [5].

Sốt sau nội soi ít gặp khá nhiều với tỉ lệ 14,28%. Sốt sau khi nội soi phế quản có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm nhiễm trùng tại chỗ do thủ thuật nội soi. Vi khuẩn có thể xâm nhập vào cơ thể trong quá trình thực hiện. Nội soi phế quản có thể gây ra phản ứng viêm tại vùng niêm mạc phế quản, dẫn đến sốt như một phản ứng của cơ thể. Nếu có chấn thương nhẹ trong quá trình nội soi hoặc do sự tắc nghẽn của đường thở, có thể gây ra tình trạng viêm và sốt. Một số bệnh nhân có thể có phản ứng quá mức với thủ thuật, gây ra các triệu chứng như sốt, gọi là “Hội chứng phản ứng”. Trong một số trường hợp hiếm, nếu có sự rò rỉ khí vào khoang màng phổi, có thể gây ra tràn khí và dẫn đến triệu chứng sốt [7].

V. KẾT LUẬN

Nội soi phế quản là một thủ thuật quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị các bệnh lý hô hấp, đặc biệt là chẩn đoán lao phổi và ung thư phổi. Việc chỉ định thực hiện nội soi phế quản cần phải được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần cẩn thận theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau thủ thuật nội soi phế quản ống mềm để phát hiện sớm các biến chứng nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, (2014), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp, số 1981/QĐ-BYT, Hà Nội, ngày 05 tháng 6 năm 2024.
2. **Tạ Bá Thắng**, (2024), Cập nhật vai trò nội soi phế quản chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp, Tạp chí Y Dược học quân sự, số đặc biệt.
3. **Ahn JH**. An update on the role of bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary disease. *Yeungnam Univ J Med*. 2020. 00584. <https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00584>.
4. **Bauer, T. T., Arosio, C., Monton, C., Filella, X., Xaubet, A., & Torres, A.** (2001). Systemic inflammatory response after bronchoalveolar lavage in critically ill patients. *European Respiratory Journal*, 17(2), 274-280.
5. **Bauer, T. T., Torres, A., Ewig, S., Hernández, C., Sanchez-Nieto, J. M., Xaubet, A.,... & Rodriguez-Roisin, R.** (2001). Effects of bronchoalveolar lavage volume on arterial oxygenation in mechanically ventilated patients with pneumonia. *Intensive care medicine*, 27(2), 384-393.
6. **Jiang J, Chang SH, Kent AJ, Geraci TC and Cerfolio RJ**. Current novel advances in bronchoscopy. *Front. Surg*. 7:596925. DOI: 10.3389/fsurg.2020.596925. 2020.
7. **Shen YC, Chen CH, Tu CY**. Advances in diagnostic bronchoscopy. *Diagnostics*. 2021; 11:1984. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11111984>.
8. **Sultan Qanash, Osamah A. Hakami, et al**, (2021) Flexible Fiberoptic Bronchoscopy: Indications, Diagnostic Yield and Complications, *Cureus* 12(10): e11122. DOI 10.7759/cureus.11122.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ MỘT SỐ DƯỚI TÍP TẾ BÀO T TRONG VI MÔI TRƯỜNG MIỄN DỊCH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY

Trần Thị Hồng Nhung¹, Phạm Thị Ngọc Mai²,
Nguyễn Đức Thắng², Nguyễn Đức Tân³

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến dạ dày theo phân loại của tổ chức y tế thế giới 2019 và đối chiếu với đặc điểm CD4 và CD8 ở nhóm đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu; hồi cứu: 58 bệnh nhân, tiền cứu: 25 bệnh nhân. **Kết quả:** UTBM tuyến ống là tít mô bệnh học thường gặp nhất trong ung thư biểu mô dạ dày chiếm tỷ lệ 74,7%; trong đó có 51,9% có xâm lấn thanh mạc; 63,9% có di căn hạch. Giá trị trung bình trong mô u của T CD8 là 979 ± 458 tế bào, của T CD4 là 1043 ± 561 tế bào. Giá trị trung bình trong mô đệm u của T CD8 là 514 ± 306 tế bào, của T CD4 là 512 ± 420 tế bào. Trong mô u mật độ tế bào T CD4 và TCD8 bộc lộ cao ở tít chế nhầy (1637 tế bào/mm² và 1534 tế bào/mm²) và giai đoạn u T3 (1306 tế bào/mm² và 1222 tế bào/mm²). Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD4 trong u của các nhóm u có di căn hạch và không có di căn hạch lần lượt là 1087 và 1011 (tế bào/mm²), Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD8

trong u của các nhóm u có di căn hạch và không có di căn hạch lần lượt là 942 và 1006 (tế bào/mm²). **Kết luận:** Trong UTDD, tít tuyến ống là tít thường gặp nhất, tít tuyến nhày và giai đoạn u T3 có mức độ bộc lộ T CD4 và T CD8 trong mô u cao nhất. Có mối liên quan giữa mật độ T CD8 và di căn hạch.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, vi môi trường miễn dịch, lympho bào xâm nhập u, mật độ tế bào miễn dịch.

SUMMARY

RESEARCH ON HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SOME T-CELL SUBTYPES IN THE IMMUNE MICROENVIRONMENT OF GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objective: Describe some histopathological features of gastric adenocarcinoma according to the World Health Organization (WHO) 2019 classification and compare them with CD4 and CD8 characteristics. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, retrospective combined with prospective; Retrospective: 58 patients, prospective: 25 patients. **Results:** Tubular adenocarcinoma is the most common histopathological type of gastric adenocarcinoma, accounting for 74.7%; of which 51.9% had serosal invasion, and 63.9% had lymph node metastasis. The mean number of CD8+ T cells in the tumor tissue was 979 ± 458 cells, and CD4+ T cells were 1043 ± 561 cells. In the tumor stroma, the mean number of CD8+ T

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Mai
SĐT: 0366210066

Email: phamngocmai16@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

cells was 514 ± 306 cells, and CD4+ T cells were 512 ± 420 cells. In the tumor tissue, the density of CD4+ and CD8+ T cells was highest in the mucinous subtype (1637 cells/mm^2 and 1534 cells/mm^2) and in T3 stage tumors (1306 cells/mm^2 and 1222 cells/mm^2). The average density of CD4+ cells in tumors with and without lymph node metastasis was 1087 and 1011 cells/mm², respectively. The average density of CD8+ cells in tumors with and without lymph node metastasis was 942 and 1006 cells/mm², respectively. **Conclusion:** In gastric adenocarcinoma, the tubular subtype is the most common. The mucinous subtype and T3 stage tumors exhibit the highest levels of CD4+ and CD8+ T cell expression in tumor tissue. There is a correlation between CD8+ T cell density and lymph node metastasis.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, immune microenvironment, tumor-infiltrating lymphocytes, immune cell density.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ác tính thường gặp, đứng hàng thứ 5 trong nhóm các bệnh ác tính thường gặp nhất trên thế giới, sau ung thư phổi, ung thư vú, ung thư đại trực tràng và ung thư tiền liệt tuyến. Có nhiều phương pháp để chẩn đoán UTDD, tuy nhiên để chẩn đoán xác định ung thư và định tính, chẩn đoán mô bệnh học được coi là tiêu chuẩn vàng. Bên cạnh vai trò của đặc điểm mô bệnh học, sự hiểu biết về xâm nhập lympho vào mô u là một đặc tính quan trọng trong điều trị và tiên lượng của nhiều loại ung thư [1]. Trong vài năm gần đây, các nghiên cứu đang hướng về việc nghiên cứu vi môi trường u, gồm các chất hòa tan trong dịch gian bào cùng các tế bào xâm nhập vào mô u, như các tế bào lympho T (T CD4 và T CD8) và B, đại thực bào, bạch cầu đa nhân, tế bào

sợi, tế bào mỡ, trong đó, các thành phần của vi môi trường u vừa có tác động kìm hãm, tiêu diệt tế bào u nhưng đồng thời cũng tác động thúc đẩy tế bào u phát triển, xâm nhập và di căn. Tế bào lympho thâm nhiễm khối u (TILs) là loại tế bào miễn dịch xâm nhập chính. Mật độ của TILs được coi là biểu hiện của phản ứng miễn dịch của cơ thể chống lại các tế bào khối u. Việc khám phá các dấu ấn khối u để dự đoán tiên lượng của bệnh nhân có giá trị lâm sàng quan trọng để kéo dài thời gian sống. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến dạ dày theo phân loại của tổ chức y tế thế giới 2019 và đối chiếu với đặc điểm CD4 và CD8 ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 83 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô (UTBM) tuyến tại bệnh viện Thanh Nhàn

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 9/2017 đến tháng 8/2022. Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Thanh Nhàn

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu: Hồi cứu 58 bệnh nhân, tiến cứu 25 bệnh nhân.

+ **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ có chủ đích, đạt tiêu chuẩn lựa chọn và không phạm vào tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Được phẫu thuật cắt dạ dày và có chẩn đoán GPB sau mổ là UTBM tuyến dạ dày

- Có đủ hồ sơ bệnh án

- Có đủ tiêu bản lưu trữ và khối nén để cắt nhuộm HE và HMMD

+ **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các trường hợp UTDD thứ phát hoặc tái phát.

- UTDD đã điều trị hóa chất hoặc xạ trị tiền phẫu.

- BN có UT khác kèm theo hoặc ung thư di căn tới dạ dày.

+ **Đánh giá kết quả:** Các biến số:

1. Đặc điểm mô bệnh học theo phân loại WHO 2019; số lượng hạch di căn; giai đoạn u theo AJCC: T1, T2, T3, T4.

2. Dấu ấn HMMD CD4 và CD8. Chọn ngẫu nhiên 40 trường hợp UTBM tuyến để nhuộm với 2 dấu ấn CD4, CD8 (40 tiêu bản HMMD cho mỗi dấu ấn, tổng cộng là 80 tiêu bản được nhuộm HMMD). Các tiêu bản HMMD được số hoá bằng máy scan Leica tại bộ môn Giải phẫu bệnh – Trường Đại học Y Hà Nội ở độ phóng đại 20x. Sau đó tiến hành định lượng số lượng tế bào T CD4 và T CD8 bằng phần mềm QuPath theo quy trình hướng dẫn của nhà sản xuất.

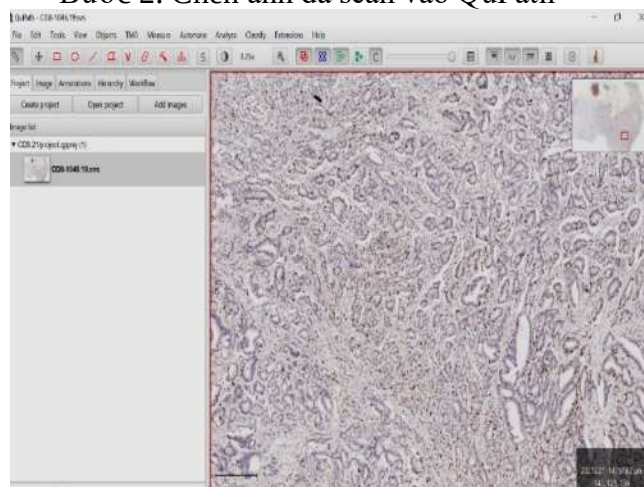
Các bước tiến hành:

▪ Các tiêu bản nhuộm HMMD với CD4 và CD8 được scan tại máy scan tiêu bản Leica (vật kính x40) tại Bộ môn Giải phẫu bệnh - Trường Đại học Y Hà Nội.

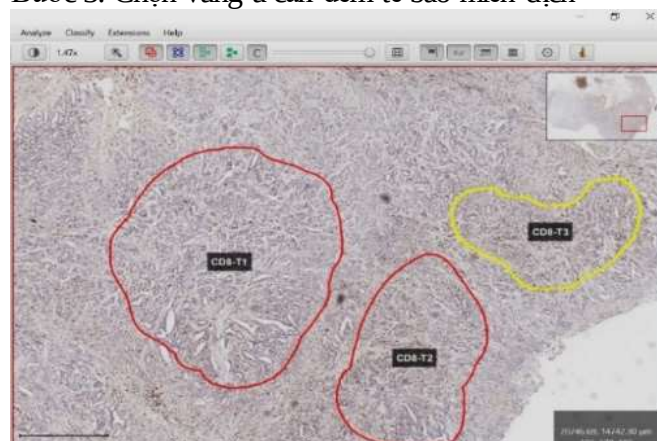
▪ Đếm số lượng tế bào bằng Qupath

Bước 1: Mở phần mềm QuPath
(<https://qupath.github.io/>)

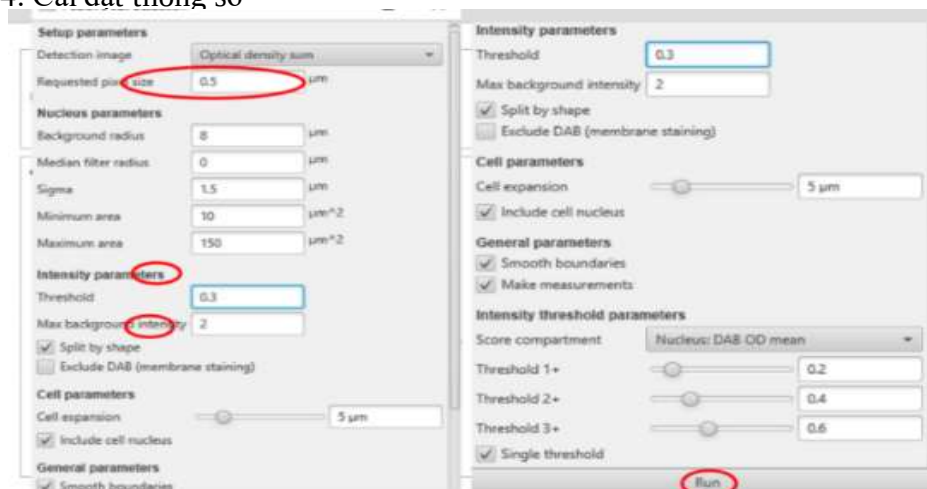
Bước 2: Chèn ảnh đã scan vào QuPath



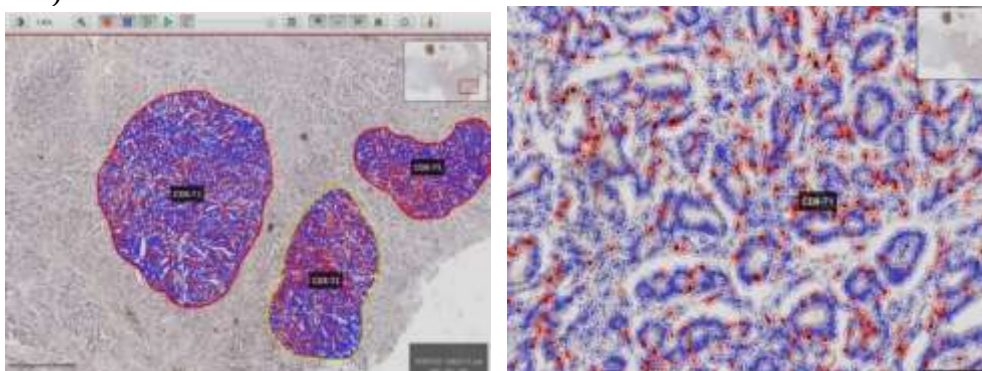
Bước 3: Chọn vùng u cần đếm tế bào miễn dịch



Bước 4: Cài đặt thông số



Bước 5: Đếm số lượng tế bào trên vùng u đã chọn (Tế bào cần đếm được khoanh vòng tròn màu đỏ)



Bước 6: Hiển thị kết quả

Num Positive per mm ²													
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Image	Name	Class	Parent	ROI	Centroid X	Centroid Y	Num Detc	Num Neg	Num Posit	Positive %	Num Positive per mm ²	Area μm ²	Perimeter μm
CD8-1046	CD8-T1		Image	Polygon	20058.9	13984.6	15577	12171	3406	21.87	883.72	3854144	7256.8
CD8-1046	CD8-T3		Image	Polygon	22989.4	13674.6	6398	4671	1727	26.99	1329	1299434	4828.3
CD8-1046	CD8-T2		Image	Polygon	21749	14977.8	8458	6055	2403	28.41	1238.9	1939673	5391.9

Bước 7: Mật độ tế bào miễn dịch được hiển thị dưới dạng số lượng tế bào/mm².

- Mật độ tế bào tính bằng trung bình số lượng các tế bào dương tính với CD4 và CD8/mm².
 - Dùng số trung vị làm điểm mốc phân chia mật độ tế bào thành 2 mức cao và thấp.
- Xử lý số liệu: Các số liệu và kết quả thu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mô bệnh học

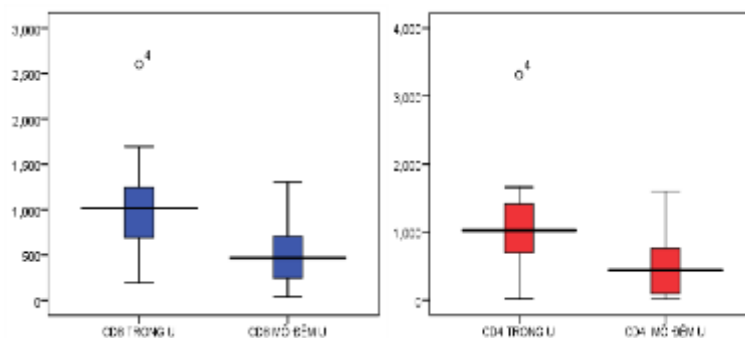
Bảng 1: Mô bệnh học ung thư dạ dày theo WHO 2019

Đặc điểm mô bệnh học	Típ MBH	n	%
Típ mô bệnh học	UTBM tuyến ống	62	74,7
	UTBM tuyến nhầy	3	3,6
	UTBM kém kết dính	13	15,7
	UTBM típ hỗn hợp	5	6,0
Giai đoạn u	T1	10	12
	T2	7	8,4
	T3	23	27,7
	T4	43	51,9
Di căn hạch	Có	53	63,9
	Không	30	36,1

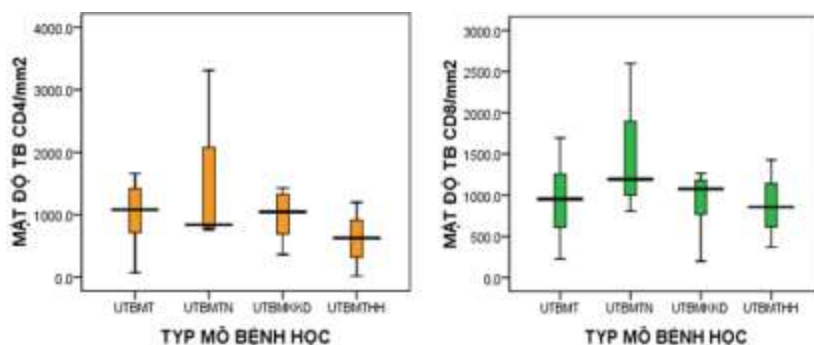
Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTBM tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (74,7%), tiếp theo là UTBM kém kết dính (15,7%), UTBM típ 6%, UTBM tuyến nhầy 3,6%. Theo kết quả nghiên cứu, đa số bệnh nhân ở giai đoạn u muộn (T2, T3, T4) chiếm 88%. Tuy nhiên vẫn phát hiện tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn u sớm (T1) chiếm 12%. Có 53 trường hợp di căn hạch chiếm tỷ lệ 63,9%, còn lại là 30 trường hợp không phát hiện di căn hạch với 36,1%.

Đánh giá mật độ tế bào CD4 và CD8 trong mô u**Bảng 2: Mật độ tế bào bạch cầu CD4, CD8**

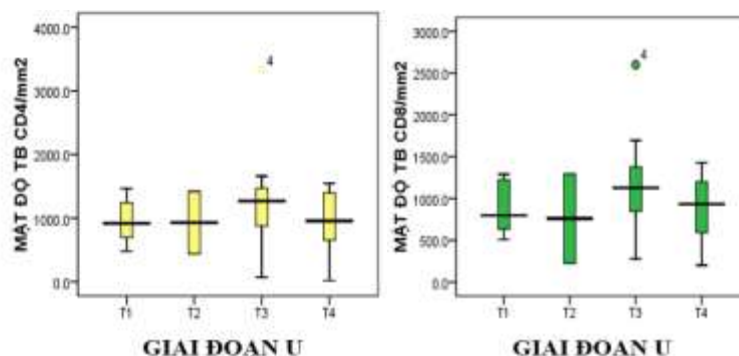
		Trung bình (tế bào/mm ²)	Giá trị trung vị	Khoảng biến thiên
Trong mô đệm	CD4+	512 ± 420	443	13 - 1601
	CD8+	514 ± 306	468	37 - 1298
Trong mô u	CD4+	1043 ± 561	1024	17 - 3312
	CD8+	979 ± 458	1015	200 - 2600

**Biểu đồ 1: Phân bố mật độ tế bào bạch cầu CD4, CD8**

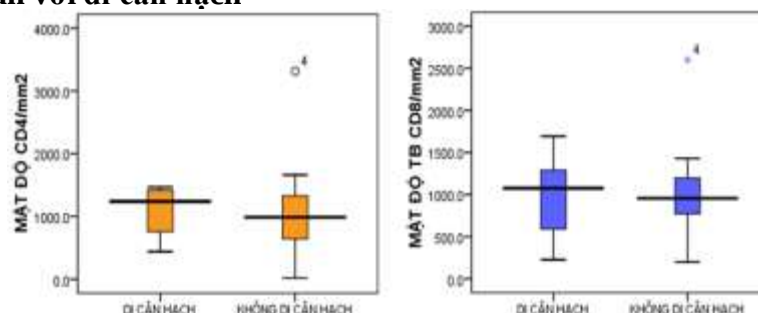
Mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD4 trong mô u cao hơn so với mô đệm u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon $p = 0,00 < 0,05$). Tỷ lệ mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD4 trong mô u/mô đệm u là 2,0. Mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD8 trong mô u cao hơn mô đệm u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon $p = 0,00 < 0,05$). Tỷ lệ mật độ tế bào bạch cầu CD8 trong mô u/mô đệm u là 1,9.

Mối liên quan với típ mô bệnh học**Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa mức độ bạch cầu CD4, CD8 trong mô u với típ mô bệnh học**

Với mật độ tế bào T CD4+: Mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD4 trong u của các típ mô bệnh học típ tuyến, típ chế nhầy, típ kém kết dính, típ hỗn hợp lần lượt là 1041, 1637, 982, 614 (tế bào/mm²). Với mật độ tế bào T CD8+: Mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD8 trong u của các típ mô bệnh học típ tuyến, típ chế nhầy, típ kém kết dính, típ hỗn hợp lần lượt là 943, 1534, 920, 885 (tế bào/mm²). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mật độ trung bình tế bào miễn dịch bạch cầu CD4, CD8 trong mô u theo típ mô học của u ($p = 0,761$ với CD4 và $p = 0,475$ với CD8, Kruskal - Wallis test).

Mối liên quan với giai đoạn u**Biểu đồ 3: Mối liên quan giữa mức độ bộc lộ của CD4, CD8 trong mô u với giai đoạn u**

Với mật độ tế bào T CD4+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD4 trong u theo giai đoạn u T1, T2, T3, T4 lần lượt là: 953, 928, 1306, 959 (tế bào/mm²). Với mật độ tế bào T CD8+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD8 trong u theo giai đoạn u T1, T2, T3, T4 lần lượt là: 875, 760, 1222, 916 (tế bào/mm²). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mật độ trung bình tế bào miễn dịch bộc lộ CD4, CD8 trong mô u theo các giai đoạn u ($p = 0,63$ với CD4 và $p = 0,568$ với CD8, Kruskal - Wallis test).

Mối liên quan với di căn hạch**Biểu đồ 4: Mối liên quan giữa mức độ bộc lộ của CD4, CD8 trong mô u với di căn hạch**

Với mật độ tế bào T CD4+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD4 trong u của các nhóm u có di căn hạch và không có di căn hạch lần lượt là 1087 và 1011 (tế bào/mm²). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,342$, Mann – Whitney U test). Với mật độ tế bào T CD8+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD8 trong u của các nhóm u có di căn hạch và không có di căn hạch lần lượt là 942 và 1006 (tế bào/mm²). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,035$, Mann – Whitney U test).

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm mô bệnh học
Típ mô bệnh học**

Phân loại của WHO 2019 công nhận các típ chính của UTBM tuyến dạ dày dựa vào cấu trúc mô học là chủ yếu: típ ống, típ nhú, típ nhầy, típ kém kết dính (bao gồm cả ung thư tế bào nhẵn và các biến thể), típ hỗn hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xác định được 4 típ mô bệnh học so với 12 típ mô bệnh học trong UTBM tuyến theo phân loại của WHO 2019. Trong đó, UTBM tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất 74,7%, sau đó đến UTBM típ kém kết dính 15,7% (bao gồm cả UTBM tế bào nhẵn), UTBM típ hỗn hợp 6,0%, UTBM tuyến nhầy thấp nhất với 3,6%.

Tại Việt Nam, theo Trương Thị Hoàng Lan (2013), típ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ

cao nhất (53,5%), sau đó là tít UTBM tế bào nhân (24,4%), UTBM nhầy và UTBM không biệt hóa chiếm tỷ lệ thấp (11,6% và 10,5%) [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Khánh cũng cho thấy tít UTBM tuyến ống gặp nhiều nhất với 55,7%, tiếp đến tít kém kết dính (26,1%) [3]. Kataoka và CS (2013), nghiên cứu trên 213 bệnh nhân UTDD cũng xác định tít ống là tít mô học hay gặp nhất, chiếm 43,2%, tít kém kết dính thấp hơn ít, chiếm 41,3%, các tít khác chiếm tỷ lệ thấp hơn [4]. So sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước, tuy tỷ lệ giữa các tít mô bệnh học khác nhau nhưng hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả thống nhất nhóm UTBM tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất.

Giai đoạn T của UTDD theo AJCC 2017

Theo kết quả nghiên cứu, chủ yếu bệnh nhân UTDD ở giai đoạn muộn (T2, T3, T4) chiếm 88,0%, còn tỷ lệ UTDD giai đoạn sớm (T1) chiếm 12,0%. Tỷ lệ UTDD sớm trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với kết quả của đa số các tác giả khác trong nước. Theo tác giả Lê Viết Nho (2014), tỷ lệ UTDD sớm là 2,3% [5], Nguyễn Văn Khánh (2015) là 11,3% [3]. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho tỷ lệ UTDD giai đoạn sớm thấp, như nghiên cứu của Arak.A trên 406 bệnh nhân của Estonia cho thấy tỷ lệ UTDD sớm cũng rất thấp chỉ có 7,6% [6]. Tuy nhiên gần đây đa số các nghiên cứu trên thế giới tại các nước phát triển cho thấy tỷ lệ UTDD giai đoạn sớm rất cao. Theo Chen.K, UTDD giai đoạn sớm chiếm 45,4% [7]. Aizawa (2014) ghi nhận UTDD sớm chiếm tỷ lệ tới 50,2% [8].

Qua kết quả của các nghiên cứu trên cho thấy, những năm gần đây, ở nước ta tỷ lệ UTDD sớm có xu hướng ngày càng tăng. Nguyên nhân có thể do sự tiến bộ của nền y tế trong khám sàng lọc chẩn đoán sớm đặc biệt và nội soi dạ dày, thêm nữa là tăng độ phủ dịch vụ y tế nhờ sự phát triển của y tế công lập và tư nhân về mọi vùng miền cũng giúp cung ứng dịch vụ khám phát hiện sớm UTDD tốt hơn. Cùng với đó là việc nâng cao ý thức khám -

kiểm tra sức khỏe định kỳ của người dân cũng giúp phát hiện bệnh lý sớm hơn.

Di căn hạch

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy các trường hợp có di căn hạch là 53 trường hợp tương đương 63,9%, không di căn hạch có 30 trường hợp, chiếm 36,1%. Tỷ lệ di căn hạch trong UTDD có sự khác biệt trong nghiên cứu của các tác giả. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Khánh cho thấy tỷ lệ UTDD di căn hạch là 68,7% [3]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Aizawa, tỷ lệ UTDD có di căn hạch rất thấp (39,5%) [8]. Di căn hạch là một trong những yếu tố quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn bệnh và tiên lượng đối với bệnh nhân UTDD. Khi di căn hạch càng nhiều thì tỷ lệ sống càng giảm. Theo nghiên cứu của Dương Hoàng Hào [9], với những bệnh nhân chưa di căn hạch (N0) thì tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật lên tới 50,7%. Nhưng khi có di căn trên 7 hạch (N3) thì tỷ lệ sống 5 năm chỉ còn 6,6%.

Mật độ tế bào CD4 và CD8

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tiến hành đánh giá số lượng của các tế bào T CD8, T CD4 trong chất căn bản u (tiếp xúc trực tiếp với tế bào ung thư) hoặc nằm trong mô đệm u (không tiếp xúc trực tiếp với tế bào ung thư), giá trị trung vị của 2 nhóm được lấy làm điểm cut-off chia ra các mức T CD8 và T CD4 trong chất căn bản u cao và thấp, T CD8 và T CD4 trong mô đệm u cao và thấp. Chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình của T CD8 trong chất căn bản u là 979 ± 458 tế bào, giá trị trung vị là 1015 tế bào. Giá trị trung bình của T CD8 trong mô đệm u là 514 ± 306 tế bào, giá trị trung vị là 467 tế bào. Giá trị trung bình của T CD4 trong chất căn bản u là 1043 ± 561 tế bào, giá trị trung vị là 1024 tế bào. Giá trị trung bình của T CD4 trong mô đệm u là 512 ± 420 tế bào, giá trị trung vị là 443 tế bào.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận ra rằng, mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD4 và CD8 trong mô u cao hơn so với mô đệm u, tỷ lệ mật độ trung bình tế bào bạch cầu CD4 và CD8 trong mô u/mô đệm u lần lượt là 2,0 và 1,9 (sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00$; Wilcoxon test).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với một số nghiên cứu sau:

Bảng 3: Giá trị trung bình của CD4, CD8 của một số nghiên cứu

Tác giả	Giá trị trung bình của CD4, CD8
Lee và CS (2008) [10]	Giá trị trung bình của CD8 trong u là $191,72 \pm 265,69$
Kawazoe và CS (2017) [11]	Giá trị trung bình của CD4, CD8 trong u lần lượt là 303 và 384 tế bào/mm ²

Mối liên quan giữa mật độ của lympho T trong vi môi trường u với típ mô bệnh học

Với mật độ tế bào T CD4+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD4 trong u của các típ mô bệnh học típ tuyến, típ chế nhầy, típ kém kết dính, típ hỗn hợp lần lượt là 1041, 1637, 982, 614 (tế bào/mm²). Với mật độ tế bào T CD8+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD8 trong u của các típ mô bệnh học típ tuyến, típ chế nhầy, típ kém kết dính, típ hỗn hợp lần lượt là 943, 1534, 920, 885 (tế bào/mm²). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mật độ trung bình tế bào miễn dịch bộc lộ CD4, CD8 trong mô u với độ biệt hóa của u. Và tương tự như vậy, chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt giữa mật độ trung bình tế bào miễn dịch bộc lộ CD4, CD8 so với típ mô bệnh học của u. Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi [12].

Một số tác giả cho thấy kết quả khác với nghiên cứu của chúng tôi. Theo Hiraoka K. và CS. (2006) nghiên cứu về ung thư đại trực tràng cho thấy CD4 không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với típ mô bệnh học nhưng mật độ CD8 trong mô u lại có sự liên quan. Đồng thời cho rằng nhóm bệnh nhân có mật độ CD4 và CD8 cao thì tiên lượng tốt hơn, và CD4 cùng với CD8 là một yếu tố tiên lượng độc lập cho bệnh nhân. Và vai trò của CD4 chính là duy trì sự tăng trưởng của CD8 [13]. Sự khác biệt của một số nghiên cứu so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do khác biệt về cỡ mẫu, về đối tượng nghiên cứu và cả phương pháp nghiên cứu. Cỡ mẫu của chúng tôi so với nhiều nghiên cứu là còn ít nên sự đánh giá có lẽ chưa thể chính xác và đại diện.

Bên cạnh đó vấn đề xâm nhiễm viêm trong u vẫn còn là vấn đề còn nhiều tranh cãi và chưa hiểu biết đầy đủ.

Mối liên quan giữa mật độ của lympho T trong vi môi trường u với giai đoạn u

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy: Với mật độ tế bào T CD4+: Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD4 trong u theo giai đoạn u T1, T2, T3, T4 lần lượt là: 953, 928, 1306, 959 (tế bào/mm²). Mật độ trung bình tế bào bộc lộ CD8 trong u theo giai đoạn u T1, T2, T3, T4 lần lượt là: 875, 760, 1222, 916 (tế bào/mm²). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mật độ trung bình tế bào miễn dịch bộc lộ CD4, CD8 trong mô u theo độ sâu xâm lấn của u.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác một số tác giả khác trên thế giới. Theo Hyoung Il Kim và CS, mật độ CD4 không có liên quan với độ sâu xâm lấn ($p = 0,931$), trong khi mật độ CD8+ liên quan có ý nghĩa thống kê với độ sâu xâm lấn ($p = 0,044$) và cho rằng những bệnh nhân có mật độ CD8+ thấp thường xâm lấn sâu hơn những bệnh nhân có mật độ cao, đồng thời mật độ CD8+ cao cũng là một yếu tố tiên lượng tốt về thời gian sống thêm của bệnh nhân [14].

Theo nghiên cứu Chiba T. và CS. trong một nghiên cứu đa biến trên các bệnh nhân ung thư đại trực tràng, theo dõi bệnh nhân theo chu kỳ 2 và 5 năm cũng thấy mật độ CD8+ liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn u và hình thức xâm nhập.

Mối liên quan giữa mật độ của lympho T trong vi môi trường u với di căn hạch

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Mật độ trung bình tế bào T CD4+ trong khối u ở

các nhóm có và không có di căn hạch lần lượt là 1087 và 1011 tế bào/mm², không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đối với tế bào T CD8+, mật độ trung bình lần lượt là 942 và 1006 tế bào/mm² ($p = 0,035$). Có mối liên hệ giữa mật độ CD8 trong khối u và di căn hạch: mật độ CD8 thấp liên quan đến tỷ lệ di căn hạch cao hơn. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế.

Nghiên cứu của Lee và cộng sự trên 220 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Đại học Quốc gia Seoul cho thấy mật độ CD3, CD8, CD45RO liên quan chặt chẽ đến di căn hạch ($p < 0,05$), được coi là yếu tố tiên lượng độc lập về di căn hạch [14]. Nghiên cứu của Yukinaro Funada và cộng sự cũng phát hiện rằng mật độ CD8 cao thường gặp ở nhóm không di căn hạch (52,9%) so với nhóm có di căn hạch (28,3%). Tỷ lệ sống sau 5 năm đối với bệnh nhân có mật độ CD8 cao là 93%, trong khi ở nhóm CD8 thấp chỉ là 72%. Trong khi đó, nghiên cứu của Katarzyna Jakubowski và cộng sự (2017) về ung thư đại trực tràng cũng ghi nhận rằng sự xâm nhập lympho T không có mối liên quan ý nghĩa với di căn hạch, nhưng mật độ cao của lympho T có liên hệ với việc giảm di căn xa, di căn hạch và xâm nhập mạch bạch huyết. Ngược lại, giảm mật độ lympho T liên quan đến tăng tỷ lệ di căn hạch và độ nặng của bệnh [15].

V. KẾT LUẬN

Trong UTDD, típ mô bệnh học, tình trạng di căn hạch và giai đoạn u được coi là những yếu tố quan trọng giúp cho điều trị và tiên lượng bệnh. Bên cạnh đó, nhuộm và đánh giá sự xâm nhập của lympho T CD4, T CD8 trong mô u của các trường hợp UTDD (đặc biệt là giai đoạn sớm) để dự báo tình trạng di căn hạch.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần nghiên cứu sâu hơn để xác định cơ chế chính xác mà các tế bào T CD4 VÀ

TCD8 ảnh hưởng đến sự tiến triển của ung thư và di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fu Q, Chen N, Ge C, et al.** Prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes in melanoma: a systematic review and meta-analysis. *Oncoimmunology*. 2019;8(7):1593806
2. **Trương Thị Hoàng Lan.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô dạ dày. Đại học y Hà Nội; 2014
3. **Nguyễn Văn Khánh.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ dấu ấn miễn dịch Her2 trong ung thư biểu mô dạ dày, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội; 2015.
4. **Kataoka Y, Okabe H, Yoshizawa A, et al.** HER2 expression and its clinicopathological features in resectable gastric cancer. *Gastric Cancer*. 2013;16(1):84-93
5. **Lê Viết Nho.** Nghiên cứu sự biểu lộ của EGFR, HER2 và mối liên quan với lâm sàng, nội soi, mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày; 2014.
6. **Arak A, Kull K.** Factors Influencing Survival of Patients After Radical Surgery for Gastric Cancer: A regional study of 406 patients over a 10-year period. *Acta Oncol*. 1994;33(8):913-920.
7. **Chen K, Mou YP, Xu XW, et al.** Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer. *BMC Gastroenterol*. 2014;14:41.
8. **Aizawa M, Nagatsuma AK, Kitada K, et al.** Evaluation of HER2-based biology in 1,006 cases of gastric cancer in a Japanese population. *Gastric Cancer*. 2014;17(1):34-42.
9. **Dương Hoàng Hảo.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô dạ dày, các diện cắt phía trên u và thời gian sống thêm sau phẫu thuật. Luận án tiến sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội; 2016.

10. Ren G, Cai R, Zhang WJ, Ou JM, Jin YN, Li WH. Prediction of risk factors for lymph node metastasis in early gastric cancer. *World J Gastroenterol WJG*. 2013;19(20): 3096-3107.
11. Lee HE, Chae SW, Lee YJ, et al. Prognostic implications of type and density of tumour-infiltrating lymphocytes in gastric cancer. *Br J Cancer*. 2008;99(10):1704-1711.
12. Kawazoe A, Kuwata T, Kuboki Y, et al. Clinicopathological features of programmed death ligand 1 expression with tumor-infiltrating lymphocyte, mismatch repair, and Epstein-Barr virus status in a large cohort of gastric cancer patients. *Gastric Cancer off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc*. 2017;20(3):407-415.
13. Hiraoka K, Miyamoto M, Cho Y, et al. Concurrent infiltration by CD8+ T cells and CD4+ T cells is a favourable prognostic factor in non-small-cell lung carcinoma. *Br J Cancer*. 2006;94(2):275-280.
14. Lee HE, Chae SW, Lee YJ, et al. Prognostic implications of type and density of tumour-infiltrating lymphocytes in gastric cancer. *Br J Cancer*. 2008;99(10):1704-1711.
15. Jakubowska K, Kisielewski W, Kańczuga-Koda L, Koda M, Famulski W. Stromal and intraepithelial tumor-infiltrating lymphocytes in colorectal carcinoma. *Oncol Lett*. 2017;14(6):6421-6432.

TỶ LỆ SỐNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG - TRỰC TRÀNG TẠI TỈNH THỪA THIÊN HUẾ: NGHIÊN CỨU THUẦN TẬP HỒI CỨU TẠI BỆNH VIỆN

Lê Đình Dương¹, Đặng Khánh Ly², Trần Xuân Minh Trí¹,
Đặng Thị Thanh Nhã¹, Phạm Hữu Trí³, Hoàng Châu Ngọc Bảo¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Ước lượng tỷ lệ sống thêm toàn bộ của bệnh nhân ung thư đại tràng - trực tràng (UTĐT-TT) và xác định các yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân tại tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thuần tập hồi cứu ở 485 bệnh nhân được chẩn đoán UTĐT-TT tại bệnh viện Trung ương Huế từ 2013

đến 2019. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ của bệnh nhân được xác định từ thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán đến 31/7/2020 hoặc đến ngày tử vong của bệnh nhân do tất cả mọi nguyên nhân. Mô hình hồi quy Cox đa biến xác định nguy cơ với tỷ lệ tử vong chung của bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ sống của bệnh nhân ung thư đại tràng - trực tràng được chẩn đoán trong năm đầu; 3 năm và 5 năm lần lượt là 86,7%; 63,3% và 53,2%. Thời gian sống trung vị là 68 tháng (KTC 95%: 54 - 81). Bệnh nhân nhẹ cân (BMI < 18,5 kg/m²) có nguy cơ tử vong cao gấp 1,55 lần (KTC 95%: 1,10 - 2,17) so với nhóm BMI bình thường. Bệnh nhân chẩn đoán theo TNM ở giai đoạn muộn và không rõ giai đoạn có nguy cơ tử vong cao hơn lần lượt là 1,94 lần (KTC 95%: 1,18 - 3,17) và 1,85 lần (KTC 95%: 1,12 - 3,07) so với giai đoạn sớm. **Kết luận:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ của bệnh

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện trường Đại học Y- Dược, Đại học Huế

³Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Dương

SĐT: 0905335724

Email: ledinhduong@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

nhân trong 5 năm đầu là 53,2%. Nguy cơ tử vong cao hơn ở nhóm bệnh nhân nhẹ cân, chẩn đoán giai đoạn muộn, hoặc không rõ giai đoạn.

Từ khóa: ung thư đại tràng - trực tràng, tử vong, tỷ lệ sống, hồi quy Cox

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL RATE OF COLORECTAL CANCER IN THUA THIEN HUE PROVINCE, VIETNAM: A HOSPITAL - BASED RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Objective: Estimate the overall survival rate of colorectal cancer (CRC) and predictors of mortality rate among patients in Thua Thien Hue province.

Methods: A hospital-based retrospective cohort study design was carried out of a total number of 485 patients, were diagnosed with CRC at the Hue Central hospital during the period 2013-2019. The overall survival rate (OS) was defined from the date of diagnosis with CRC to the end of follow-up, 31 July 2020 or the date of deaths by all causes. Multivariate Cox regression model was analyzed to define the predicted factors with mortality rate of colorectal cancer. **Results:** A total of 485 CRC patients, the overall survival rates of CRC at 1-; 3-; 5-years interval were 86.7%; 63.3% and 53.2%. The median survival was 69 months (95%CI: 54 - 81). The underweight (BMI<18.5 kg/m²) was associated with poor survival (HR: 1.55; 95%CI: 1.10 - 2.17). Similarly, late stages and unknown stages at diagnosis had a significantly higher risk of mortality, (HR: 1.94; 95% CI: 1.18 - 3.17) and (HR:1.85; 95%CI: 1.12 - 3.07) respectively.

Conclusion: The overall survival rate in 5-years interval diagnosis was 53.2%. Underweight, TNM diagnosis at late or unknown stages were significantly associated with poor survival in CRC patients. **Keywords:** colorectal, mortality rate, survival rate, cox regression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng - trực tràng (UTĐT-

TT) là nguyên nhân phổ biến thứ 2 liên quan đến tử vong do ung thư trên toàn thế giới với 881.000 trường hợp năm 2018¹. Ước tính gánh nặng do UTĐT-TT sẽ tăng lên 60% với hơn 2,2 triệu người mắc mới và 1,1 triệu người chết vào năm 2030². Tỷ lệ mới mắc và tử vong cũng rất khác biệt giữa các khu vực và các nước, trong khi tỷ lệ tử vong có xu hướng giảm ở các nước phát triển thì tại các nước thu nhập thấp - trung bình lại có xu hướng tăng². Báo cáo của tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC - 2018), gần một nửa các trường hợp mới mắc và hơn ½ trường hợp tử vong do ung thư xảy ra ở các nước châu Á³.

Tỷ lệ sống của bệnh nhân UTĐT-TT là khác nhau giữa các quốc gia, khu vực, các lục địa và theo thời gian. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm tại Nhật Bản (90%)⁴; Malaysia (42%)⁵; Gana (16%)⁶. Xu hướng tỷ lệ sống sau 5 năm đã được cải thiện theo thời gian, tại Trung Quốc, tỷ lệ này đã tăng từ 49%, 58%, 58%, 70% và 77% trong những năm 1960s, 1970s, 1980s, 1990s và 2000s⁷.

Ung thư đại tràng - trực tràng được xem bệnh lý điển hình nhất trong cơ cấu chuyển dịch mô hình các bệnh ung thư, hiện rất phổ biến tại các nước phát triển², do sự gia tăng dân số, già hóa, sự phát triển về kinh tế xã hội. Việt Nam là một nước thu nhập trung bình với sự phát triển nhanh về kinh tế, dân số già hóa nhanh và đang đối mặt với sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm (NCDs), đặc biệt là các bệnh lý ung thư.

Tại Việt Nam, mặc dù chương trình phòng chống ung thư quốc gia (NCCP) bắt đầu từ năm 2008 với mục tiêu cung cấp có hiệu quả các chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ung thư. Mạng lưới phòng chống ung thư quốc gia đã được Bộ Y tế thông qua giai đoạn 2011-2020⁸. Tuy nhiên, chúng ta vẫn còn đối mặt rất nhiều thách thức bao gồm nguồn lực, phát

triển chính sách, cải thiện sự hợp tác đa ngành trong phòng chống ung thư⁸. Báo cáo của IARC năm 2018 cũng cho thấy sự hạn chế về nguồn số liệu ung thư tại Việt Nam được báo cáo dựa trên số liệu duy nhất tại đơn vị ghi nhận ung thư thành phố Hồ Chí Minh, không có số liệu báo cáo tử vong³.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân UTĐT-TT được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Trung Ương Huế từ 1/1/2013 đến 31/12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc bệnh tại bệnh viện TƯ Huế và được mã hóa theo 2 mã ICD 10 là C18 và C20; tuổi từ 18 đến 75 tuổi tại thời điểm được chẩn đoán mắc bệnh UTĐT-TT; có địa chỉ tại tỉnh Thừa Thiên Huế; không mắc các bệnh lý ung thư khác kèm theo.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mất theo dõi tình trạng tại thời điểm kết thúc nghiên cứu 31/07/2020 hoặc không rõ thời điểm chính xác ngày/tháng/năm tử vong.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu dựa vào bệnh viện kết hợp nghiên cứu cắt ngang tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Nguồn số liệu

Bệnh án: Số liệu đặc điểm bệnh lý và quá trình điều trị của bệnh nhân được trích xuất từ hồ sơ bệnh án, mã hóa theo ICD-10 với 2 mã C18 và C20, lưu trữ tại bệnh viện Trung Ương Huế trong giai đoạn 2013-2019. Tổng cộng có 9433 bệnh án trong thời gian nghiên cứu. 4260 bệnh án bệnh nhân có địa chỉ tại Thừa Thiên Huế được sàng lọc và đánh giá.

Số liệu tử vong: thu thập qua mạng lưới hệ thống y tế cơ sở của tỉnh Thừa Thiên Huế từ 8/2020 đến 10/2020. Thời điểm kết thúc theo dõi được xác định là 31/7/2020. Tổng cộng 124 xã/phường tại 9 huyện và thành

phố tham gia khảo sát tử vong của bệnh nhân tại cộng đồng.

Biến số nghiên cứu

Đặc điểm dân số học của bệnh nhân: tuổi, giới, nơi ở, nghề nghiệp.

Phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hóa chất, chăm sóc giảm nhẹ.

Đặc điểm bệnh mô bệnh học được xác định giai đoạn theo phân loại giai đoạn ung thư của UICC (2010). Bệnh nhân thiếu ít nhất một thông tin về mức độ xâm lấn khối u, di căn hạch và di căn tạng được xếp vào nhóm không xác định Chúng tôi chia giai đoạn bệnh

Biến số phụ thuộc: tình trạng của bệnh nhân tại thời điểm kết thúc theo dõi 31/7/2020, được mã hóa 1 nếu bệnh nhân tử vong và 0 nếu bệnh nhân còn sống. Những trường hợp không xác định tình trạng hoặc thiếu chính xác ngày tháng tử vong sẽ bị loại khỏi mẫu phân tích.

Thời gian theo dõi

Được tính từ ngày bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán mắc bệnh đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 31/07/2020 hoặc tới ngày bệnh nhân được xác định tử vong theo.

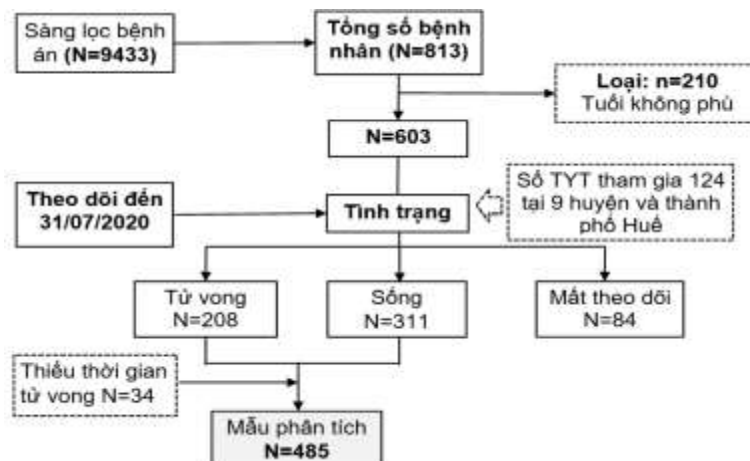
Phân tích số liệu

Tỷ lệ sống của bệnh nhân được tính bằng tỷ lệ sống thêm toàn bộ (Overall survival - OS) và khoảng tin cậy 95%. Thời gian sống của bệnh nhân được thể hiện bằng trung vị. Log-rank test so sánh sự khác biệt về tỷ lệ tử vong với các đặc điểm về chung và mô bệnh học của bệnh nhân. Mô hình hồi quy Cox đa biến xác định nguy cơ của một số đặc điểm với tử vong chung của bệnh nhân bằng tham số HR (hazard ratio), KTC 95%. Đánh giá sự phù hợp của mô hình Cox bằng kiểm định phần dư Schoenfeld.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y - Dược Huế, mã số H2019/430 ngày 15 tháng 11 năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sàng lọc trên 9433 bệnh án với mã chẩn đoán C18 và C20, được lưu trữ tại bệnh viện trung ương Huế trong thời gian nghiên cứu. Số bệnh án có có địa chỉ tại tỉnh Thừa Thiên Huế là 4260 bệnh án và sàng lọc được 813 bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc UTĐT-TT trong giai đoạn 2013-2019. Cỡ mẫu phân tích cuối cùng trong nghiên cứu này 485 bệnh nhân (sơ đồ 1).



Sơ đồ 1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của mẫu là 56 tuổi, trong đó tỷ lệ dưới 60 tuổi là 53,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý khác kèm theo là 25,6%. Không có sự khác biệt về đặc điểm chung giữa bệnh lý UT đại tràng và trực tràng (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

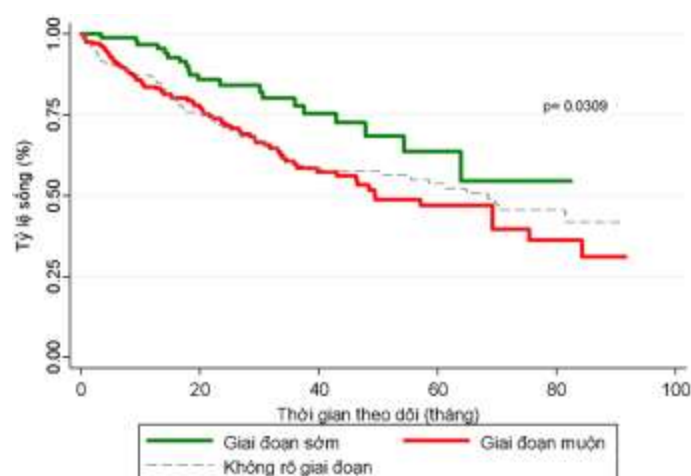
Đặc điểm	Chung (n=485)	Đại tràng (n=266)	Trực tràng (n=219)	p
Tuổi khi chẩn đoán	56,31 ± 12,48	56,17 ± 12,57	56,47 ± 12,40	0,439
<50	134 (27,6%)	81 (30,4%)	53 (24,2%)	
50 - < 60	125 (25,8%)	66 (24,8%)	59 (26,9%)	
60 - < 70	154 (31,7%)	79 (29,7%)	75 (34,2%)	
70 - 75	72 (14,9%)	40 (15,0%)	32 (14,6%)	
Giới tính				0,493
Nam	273 (56,3%)	146 (54,9%)	127 (58,0%)	
Nữ	212 (43,7%)	120 (45,1%)	92 (42,0%)	
Nơi sống				0,526
Thành phố	205 (42,3%)	109 (41,0%)	96 (43,8%)	
Huyện	280 (57,7%)	157 (59,0%)	123 (56,2%)	
Bệnh lý kèm theo				0,144
Có	124 (25,6%)	75 (28,2)	49 (22,4)	
Không	361 (74,4%)	191 (71,8)	170 (77,6)	
BMI (kg/m²)	20,63 ± 3,03	20,69 ± 3,27	20,56 ± 2,73	

Thời gian theo dõi trung bình là 31 tháng, ngắn nhất là 10 ngày và dài nhất là 91 tháng. Tỷ lệ sống giảm dần theo thời gian, tỷ lệ sống dưới 1 năm là 86,7%; dưới hai năm là 73,8% và dưới 5 năm là 53,2% (Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo thời gian

Thời gian (tháng)	Tổng	Tử vong	Mất theo dõi	Tỷ lệ sống	KTC 95%
0 - <12	485	61	40	0,867	0,835 - 0,896
12 - <24	384	51	91	0,738	0,693 - 0,777
24 - <36	242	31	50	0,633	0,580 - 0,680
36 - <48	161	11	45	0,582	0,526 - 0,634
48 - <60	105	8	23	0,532	0,471 - 0,590
60 - <72	74	9	26	0,454	0,384 - 0,522
72 - <84	39	2	24	0,420	0,341 - 0,497
84 - 96	13	1	12	0,360	0,236 - 0,486

Biểu đồ 1, mô tả tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh của bệnh nhân. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh của mẫu nghiên cứu, (p log-rank test = 0,0309).

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn chẩn đoán mô bệnh học**

Mô hình phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy: nguy cơ tử vong cao hơn 1,547 lần ở nhóm bệnh nhân nhẹ cân so với nhóm có cân nặng bình thường. Nhóm bệnh nhân UTĐT-TT được chẩn đoán giai đoạn TNM sớm, bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III và IV) và nhóm không rõ giai đoạn đều có nguy cơ tử vong cao hơn lần lượt là 1,936 và 1,853 lần.

Bảng 3. Mô hình hồi quy Cox và các yếu tố tiên lượng tỷ lệ tử vong chung

Yếu tố	N	n (TV)	TG (tháng)	IR/1000	HR	KTC 95%	p
Chung	485	174	15151	11,48			
Tuổi khi chẩn đoán (năm)					0,999	0,986 - 1,012	0,838
Giới							
Nam	273	98	8463	11,58	1		
Nữ	212	76	6688	11,36	0,993	0,732 - 1,348	0,966
Nơi ở							
Thành thị	205	80	5858	13,66	1		
Nông thôn	280	94	9293	10,11	0,740	0,543 - 1,008	0,056
Chỉ số khối cơ thể (kg/m²)							
Bình thường	314	94	9445	9,85	1		
Thiếu cân	114	55	3665	15,01	1,547	1,104 - 2,167	0,011
Thừa cân/béo phì	57	25	1940	12,88	1,304	0,835 - 2,038	0,243

Yếu tố	N	n (TV)	TG (tháng)	IR/1000	HR	KTC 95%	p
Bệnh lý kèm theo							
Không	361	124	11807	10,50	1		
Có	124	50	3344	14,95	1,399	0,987 - 1,981	0,059
Giai đoạn TNM							
Sớm	91	20	2892	6,91	1		
Muộn	200	77	5790	13,28	1,936	1,180 - 3,178	0,009
Không xác định	194	77	6459	11,92	1,853	1,119 - 3,067	0,016
Loại UTĐT-TT							
Đại tràng	266	95	8978	10,58	1		
Trực tràng	219	79	6173	12,80	1,206	0,885 - 1,644	0,235

TV: tử vong; TG: Tổng thời gian quan sát của các bệnh nhân (Person-time); IR/1000: số tử vong quan sát/1000 tháng theo dõi; HR: tỷ số nguy cơ; KTC: khoảng tin cậy; kiểm định phần dư Schoenfeld với $p=0.1121$

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích trên 485 bệnh nhân có tuổi dưới 75 được chẩn đoán UTĐT-TT tại bệnh viện TƯ Huế trong giai đoạn 2013 - 2019. Tỷ lệ sống trong năm đầu tiên là 86,7%; năm thứ 2 là 63,3% và trong 5 năm là 53,2% (bảng 2). Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Sharkas và cộng sự tại Jordan [11], tỷ lệ sống sau 1 năm; 3 năm và 5 năm là 82,2%; 72,0% và 58,2%. Tương tự, tại Iran, tỷ lệ này lần lượt là 84,0%; 64,0% và 54,0%⁹. Theo tác giả Ying, Trung Quốc, tỷ lệ sống sau 3 năm và 5 năm cao hơn so với kết quả chúng tôi, 74% và 68%. Xu hướng tử vong do UTĐT-TT đã được nhiều tiến bộ đáng kể đặc biệt là chương trình sàng lọc ung thư ĐT-TT tại các nước phát triển, trong đó có Trung Quốc⁷.

Bảng 3 thể hiện mối liên quan giữa một số yếu tố với nguy cơ tử vong ở bệnh nhân UTĐT-TT. Mô hình phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy nguy cơ tử vong cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI dưới 18,5 kg/m² tại thời điểm nhập viện (HR: 1,547; KTC 95%: 1,104 - 2,167) so với nhóm

có chỉ số BMI ở ngưỡng bình thường. Điều này cũng tương tự với một nghiên cứu tương đồng tại Ghana (2018), tác giả cũng nhận thấy nguy cơ tử vong tăng 1,78 lần (KTC 95%: 1,11- 2,86) ở nhóm nhẹ cân so với nhóm cân nặng bình thường trong phân tích đa biến, trong khi nhóm thừa cân, béo phì không khác biệt có ý nghĩa⁶.

Nhìn chung, giai đoạn bệnh là yếu tố chính giúp tiên lượng khả năng sống của bệnh nhân ung thư. Giai đoạn bệnh có lẽ là yếu tố được xác định có tính nhất quán và thống nhất trong hầu hết các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhận thấy nguy cơ tử vong cao hơn ở nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III và IV) (HR: 1,936; KTC 95%: 1,180 - 3,178) so với giai đoạn sớm (I và II). Mặc dù, gần 40% bệnh nhân không xác định được giai đoạn theo TNM, tuy nhiên so với nhóm được chẩn đoán sớm, nhóm bệnh nhân này cũng có nguy cơ tử vong cao hơn 1,853 lần (bảng 3). Nghiên cứu của các tác giả tại Malaysia⁵; Ghana⁶ và Jordan¹⁰ đều nhận thấy nguy cơ tử vong cao hơn có ý nghĩa ở nhóm chẩn đoán giai đoạn muộn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sống của bệnh nhân ung thư đại tràng - trực tràng sau 1 năm; 3 năm và 5 năm

lần lượt là 86,7%; 63,3% và 53,2%. Thời gian sống trung vị là 68 tháng (KTC 95%: 54 - 81).

Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ung thư đại tràng, trực tràng là chỉ số khối cân nặng dưới 18,5 kg/m² (HR=1,547; KTC 95%: 1,104 - 2,167; p=0,011); chẩn đoán ở giai đoạn muộn (HR=1,936; KTC 95%: 1,180 - 3,178; p=0,009); không rõ giai đoạn theo TNM (HR=1,853; KTC 95%: 1,119 - 3,067; p=0,016).

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Sở y tế, các trung tâm y tế thành phố, thị xã, huyện của tỉnh Thừa Thiên Huế và bệnh viện trung ương Huế đã tạo điều kiện để thực hiện nghiên cứu này.

Nghiên cứu được hỗ trợ kinh phí từ Viện Nghiên cứu sức khỏe cộng đồng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* Nov 2018;68(6): 394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. **Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut.* Apr 2017; 66(4):683-691. doi:10.1136/gutjnl-2015-310912
3. **International Agency for Research on cancer.** Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. Vol. PRESS RELEASE Number 263. 2018.
4. **Haga Y, Ikejiri K, Wada Y, et al.** The EPOS-CC Score: An Integration of Independent, Tumor- and Patient-Associated Risk Factors to Predict 5-years Overall Survival Following Colorectal Cancer Surgery. *World Journal of Surgery.* 2015/06/01 2015;39(6): 1567-1577. doi:10.1007/s00268-015-2962-3
5. **Magaji BA, Moy FM, Roslani AC, Law CW.** Survival rates and predictors of survival among colorectal cancer patients in a Malaysian tertiary hospital. *BMC Cancer.* 2017/05/18 2017;17(1): 339. doi:10.1186/s12885-017-3336-z
6. **Agyemang-Yeboah F, Yorke J, Obirikorang C, et al.** Colorectal cancer survival rates in Ghana: A retrospective hospital-based study. *PLoS One.* 2018; 13(12): e0209307. doi:10.1371/journal.pone.0209307
7. **Fang YJ, Wu XJ, Zhao Q, et al.** Hospital-based colorectal cancer survival trend of different tumor locations from 1960s to 2000s. *PLoS One.* 2013;8(9):e73528. doi:10.1371/journal.pone.0073528
8. **Tran Van Thuan, Pham Tuan Anh, Dao Van Tu, Huang TTT.** Cancer control in Vietnam: Where are we now? *Cancer control.* 2016:99-104.
9. **Maajani K, Khodadost M, Fattahi A, et al.** Survival Rate of Colorectal Cancer in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* Jan 25 2019;20(1): 13-21. doi:10.31557/APJCP.2019.20.1.13
10. **Sharkas GF, Arqoub KH, Khader YS, et al.** Colorectal Cancer in Jordan: Survival Rate and Its Related Factors. *J Oncol.* 2017;2017: 3180762. doi:10.1155/2017/3180762

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG CUNG ỨNG MỘT SỐ NHÓM THUỐC TẠI CÁC CƠ SỞ BÁN LẺ THUỐC Ở ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG NĂM 2023

Nguyễn Phục Hưng¹, Võ Thị Mỹ Hương¹, Nguyễn Đình Khiêm¹,
Ngô Thanh Ngọc¹, Phạm Thành Suôi¹,
Nguyễn Việt Tính², Trương Kiều My³

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng cung ứng thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu, thuốc điều trị đái tháo đường và hen phế quản của các cơ sở bán lẻ thuốc tại khu vực đồng bằng sông cửu long năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các cơ sở y tế bán lẻ thuốc đang hoạt động trên khu vực Đồng bằng sông Cửu Long theo phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 400 cơ sở bán lẻ ở Đồng bằng sông Cửu Long, có 02 cơ sở (0,5%) bán lẻ dược liệu, 177 (44,2%) cơ sở có bán thành phẩm thuốc cổ truyền. 14 cơ sở có kinh doanh cả 02 loại trên. Gần 100% cơ sở có khả năng cung ứng các thuốc trong nhóm điều trị Đái tháo đường (100% cơ sở đều có metformin) và nhóm Hen phế quản (98% cơ sở có Thuốc giãn phế quản). **Kết luận:** Việc sử dụng thuốc một cách an toàn, hợp lý là điều cần thiết. Cung ứng thuốc đầy đủ, kịp thời, có chất lượng, giá cả hợp lý và đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý các loại thuốc theo cơ cấu bệnh tật tương ứng là mục tiêu chung chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam.

Từ khóa: cung ứng thuốc, thuốc cổ truyền, thuốc đái tháo đường, thuốc hen phế quản.

SUMMARY

SURVEY OF THE STATUS OF SUPPLY OF SOME DRUG GROUPS AT DRUG RETAIL ESTABLISHMENTS IN THE MEKONG DELTA IN 2023

Objective: Describe the current status of supply of traditional medicines, medicinal herbs, diabetes and asthma treatment drugs at drug retailers in the Mekong Delta region in 2023. **Subjects and methods Research:** Drug retail medical facilities operating in the Mekong Delta region using cross-sectional descriptive methods. **Results:** The research sample included 400 retail establishments in the Mekong Delta, with 02 establishments (0.5%) retailing medicinal herbs, 177 (44.2%) establishments selling finished traditional medicine products. 14 establishments have both types of business above. Nearly 100% of facilities are capable of providing drugs in the Diabetes treatment group (100% of facilities have metformin) and the Bronchial Asthma group (98% of facilities have Bronchodilators). **Conclusion:** The use of Using medicine safely and appropriately is essential. Providing adequate, timely, quality drugs at reasonable prices and ensuring safe and reasonable use of drugs according to the corresponding disease structure is the national strategic goal of developing the pharmaceutical industry Vietnam.

Keywords: medicine supply, herbal medicine, traditional medicine, diabetes medicine, bronchial asthma medicine

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Công ty cổ phần Dược Liệu Trung Ương 2

³Trung tâm Y tế Giá Rai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Mỹ Hương

Email: vtmhuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc có vai trò quan trọng trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân. Cùng với sự chuyển dịch về mô hình bệnh tật, hiện nay có nhiều nhóm thuốc được sử dụng trong điều trị đái tháo đường và hen phế quản. ĐTĐ và HPQ là 2 bệnh mãn tính phải sử dụng thuốc thường xuyên. Trong số những người được chẩn đoán ĐTĐ, tỷ lệ ĐTĐ được quản lý tại cơ sở y tế: 28,9%, tỷ lệ ĐTĐ chưa được quản lý: 71,1% [3]. Trung bình cứ 250 người tử vong thì có 1 trường hợp là do hen phế quản, 80 - 90% bệnh nhân hen phế quản có thể tránh được tử vong nếu được theo dõi điều trị và kiểm soát tốt [4]. Do vậy việc tăng cường khả năng cung ứng các sản phẩm dược chất lượng với giá hợp lý đến với người dân là hết sức cần thiết. Không chỉ các thuốc hóa dược, mà ngay cả các thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền được Nhà Nước đã và đang quan tâm phát triển, vì lợi ích mà nó mang lại là rất to lớn, đồng thời thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền cũng gắn liền với văn hóa dân tộc ta. Việc sử dụng thuốc một cách an toàn, hợp lý là điều cần thiết. Cung ứng thuốc đầy đủ, kịp thời, có chất lượng, giá cả hợp lý và đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý các loại thuốc theo cơ cấu bệnh tật tương ứng là mục tiêu chung chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam [6]. Xuất phát từ mục tiêu đó nhóm thực hiện đề tài **“Khảo sát thực trạng cung ứng một số nhóm thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc tại Khu vực Đồng bằng sông Cửu Long năm 2023”** với mục tiêu: **Khảo sát hoạt động lựa chọn thuốc và mua bán thuốc, giá thuốc cổ truyền, đái tháo đường và hen phế quản của các cơ sở bán lẻ thuốc tại Khu vực Đồng bằng sông Cửu Long năm 2023.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các cơ sở y tế bán lẻ thuốc đang hoạt động trên khu vực Đồng bằng sông Cửu Long.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chủ nhà thuốc, người bán thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc đạt chuẩn GPP đang hoạt động trên khu vực Đồng bằng sông Cửu Long.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chủ nhà thuốc, người bán thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc của các cơ sở y tế, cơ sở bán lẻ thuốc thuộc các doanh nghiệp dược, cơ sở bán lẻ thuốc thuộc phòng khám đa khoa khu vực.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả để xác định một tỉ lệ:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$: Độ tin cậy, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: Sai số tuyệt đối, lấy $d = 10\%$ ($d = 0,1$); p: chọn $p = 0,5$ cho cỡ mẫu lớn nhất.

Tính ra được $n = 385$. Thực tế cỡ mẫu thu được 400 mẫu.

2.4. Cách chọn mẫu

Theo danh sách nhà thuốc/quầy thuốc đang hoạt động của Sở Y tế các tỉnh cung cấp năm 2023, chọn mẫu ngẫu nhiên bằng cách random trên hệ thống máy tính ra 400 nhà thuốc. Phỏng vấn trực tiếp hoặc gửi google form nhờ các nhà thuốc/quầy thuốc trả lời khảo sát.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Thực trạng cung ứng thuốc cổ truyền:
+ Nhóm thuốc cổ truyền mà khách hàng thường lựa chọn mua: nhóm thuốc dùng ngoài;

nhóm thuốc chữa bệnh về ngũ quan; nhóm thuốc chữa bệnh về âm, về huyết; nhóm thuốc điều kinh, an thai; nhóm thuốc giải biểu;...

+ Dạng bào chế của thuốc thành phẩm cổ truyền: viên nang cứng, mềm; siro thuốc; trà thuốc; cồn thuốc; bột hòa tan;...

+ Loại thuốc cổ truyền tại cơ sở bán lẻ thuốc: vị thuốc; thành phẩm thuốc cổ truyền; bán cả 2 loại; không có bán thuốc cổ truyền.

+ Tỷ lệ thuốc cổ truyền ngoại nhập:

+ Số tiền bán thuốc cổ truyền thành phẩm và vị thuốc: thuốc thành phẩm cổ truyền; vị thuốc.

- Thực trạng cung ứng thuốc đái tháo đường và hen phế quản:

+ Tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị đái tháo đường: Metformin, nhóm Sulfonylurea; Nhóm ức chế kênh SGLT2; nhóm ức chế enzym DPP-4; nhóm TZD;....

+ Tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị hen phế quản: thuốc giãn phế quản (cường β_2 , kháng

cholinergic); Corticosteroid; thuốc kháng Leukotriene; Ổn định tế bào Mast.

+ Dạng bào chế của thuốc điều trị đái tháo đường, hen phế quản: dạng viên, dạng tiêm, dạng hít, dạng phun khí dung

+ Tỷ lệ thuốc nội, thuốc ngoại nhập, biệt dược gốc, Generic

+ Tỷ lệ thực hiện bán thuốc tại cơ sở: Số ngày dùng trong 1 đơn/đợt điều trị (7, 14, 28, >28 ngày); Số lượng thuốc điều trị trong đơn/lần bán (1, 2, > 2 thuốc); Thực hiện bán thuốc theo đơn (có đơn, không có đơn)

+ Trung bình giá thuốc đái tháo đường, hen phế quản trong đơn/lần bán

- Cách tính:

$$\text{Tỷ lệ (\%)} = \frac{\text{Số lượng của mỗi yếu tố cần tính}}{\text{Tổng số}} \times 100$$

2.5. Xử lý số liệu

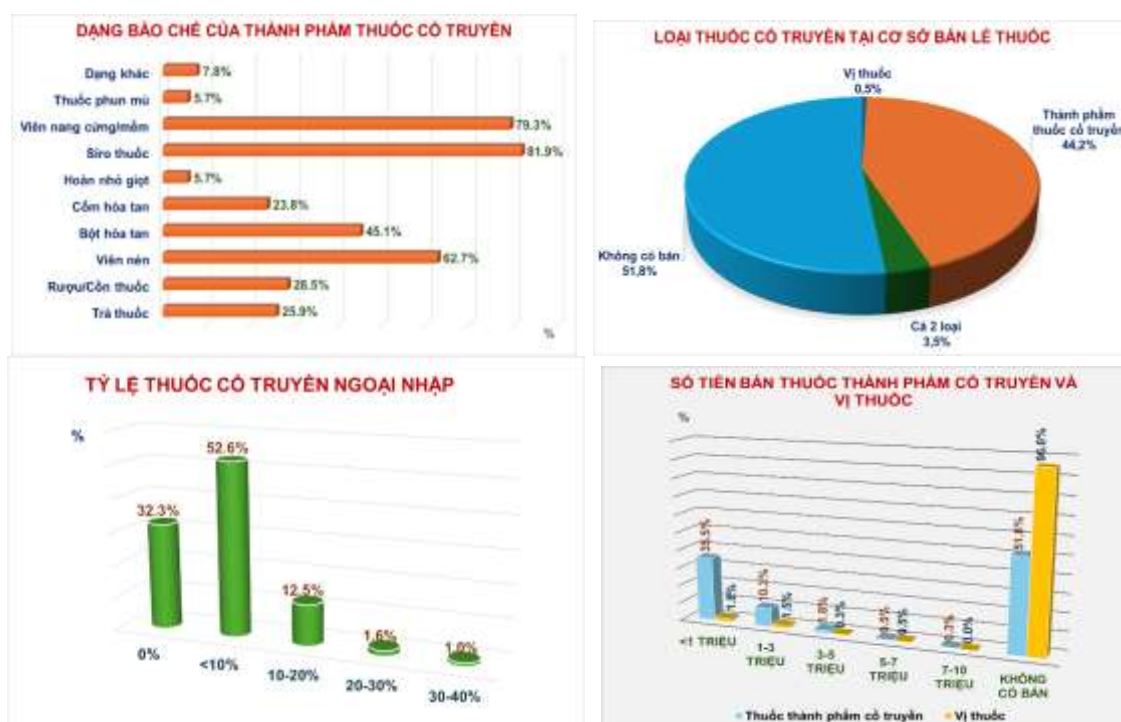
Số liệu được kiểm tra, làm sạch và được nhập liệu bằng phần mềm Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng cung ứng thuốc cổ truyền

NHÓM THUỐC CỔ TRUYỀN KHÁCH HÀNG THƯỜNG LỰA CHỌN MUA





Hình 1. Thực trạng cung ứng thuốc cổ truyền trong mẫu nghiên cứu (n = 400)

Trong đó có 02 cơ sở (0,5%) bán lẻ dược liệu, 177 (44,2%) cơ sở có bán thành phẩm thuốc cổ truyền. 14 cơ sở có kinh doanh cả 02 loại thuốc cổ truyền.

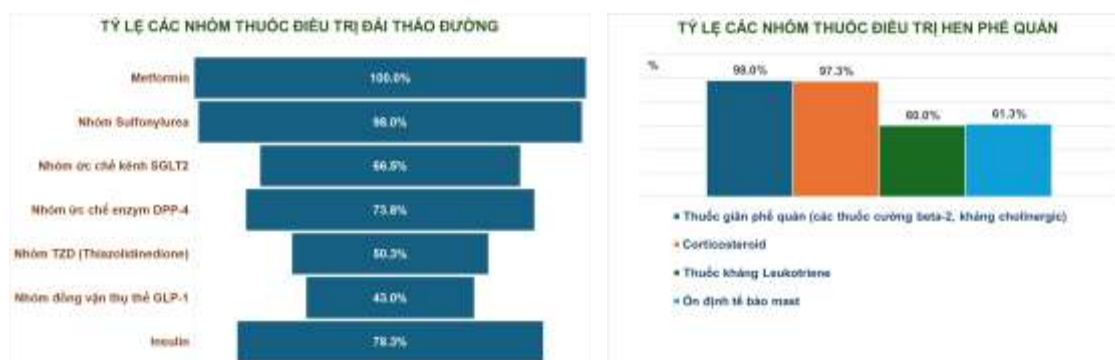
Các nhóm thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là các nhóm: Nhóm chữa các bệnh về phế (81,9%); Nhóm thuốc thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy (50,3%); Nhóm thuốc khu phong trừ thấp (45,6%).

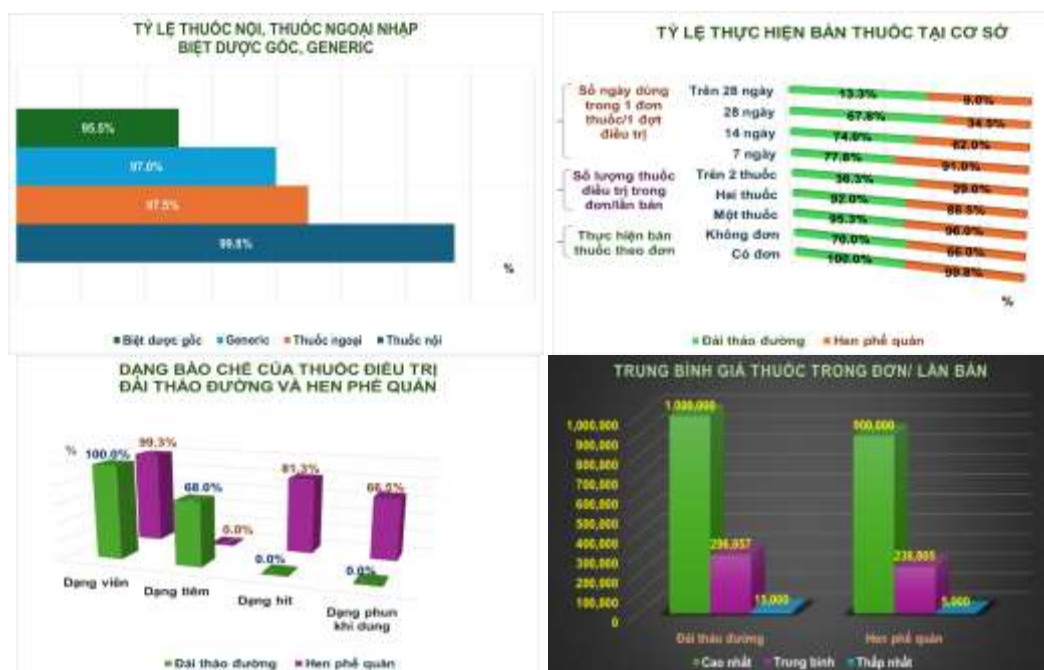
Trong 193 cơ sở có bán thuốc cổ truyền dạng bào chế viên nén, Siro thuốc và viên nang chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 62,7%, 81,9% và 79,3%.

Phần lớn cơ sở có doanh thu bán thuốc thành phẩm cổ truyền dưới 3 triệu đồng/ngày 183 cơ sở (45,7%). Doanh thu bán vị thuốc tại cơ sở khá cao.

Đa phần cung ứng thuốc cổ truyền ngoại nhập rất thấp. Có 62 cơ sở (32,3%) không có thuốc ngoại. Có 101 cơ sở có tỷ lệ thuốc ngoại dưới 10%.

3.2. Thực trạng cung ứng thuốc đái tháo đường và hen phế quản





Hình 2. Thực trạng cung ứng thuốc đái tháo đường và hen phế quản trong mẫu nghiên cứu (n = 400)

Danh mục thuốc điều trị ĐTĐ các cơ sở lựa chọn có 100% là nhóm Metformin, kế tiếp là nhóm Sulfonylurea (98%), hai nhóm thuốc có tỉ lệ tương đương là nhóm ức chế enzym DPP-4 (73,8%) và Insulin (78,3%), có tỉ lệ trung bình được lựa chọn là nhóm ức chế kênh SGLT2 (56,5%) và nhóm TZD (50,2%), ít nhất là nhóm đồng vận thụ thể GLP-1 (43%).

Hai nhóm được lựa chọn nhiều nhất là thuốc giãn phế quản (98%) và Corticosteroid (97,3%), hai nhóm có tỉ lệ sắp xỉ nhau là thuốc kháng Leukotriene (60%) và Ổn định tế bào mast (61,3%). Nhận xét: như trong bảng kết quả chúng ta thấy tỉ lệ thuốc nội (99,8%) và thuốc ngoại (97,5%) là tương đương nhau.

Tỉ lệ thuốc biệt dược gốc được lựa chọn khá cao (95,5%), thuốc generic có tỉ lệ 97%.

100% cơ sở có dạng bào chế thuốc viên trong danh mục thuốc điều trị ĐTĐ, tỉ lệ thuốc tiêm có 68%. Các cơ sở lựa chọn dạng viên 99,3% cho danh mục thuốc điều trị

HPQ, dạng hít 81,3% và dạng phun khí dung là 66,5%.

Hầu hết các cơ sở đều thực hiện bán thuốc theo đơn, 100% cho thuốc ĐTĐ và 99,8% cho thuốc HPQ. Số lượng thuốc điều trị trong đơn/lần bán phổ biến là một thuốc 95,3%, với hai thuốc 92% cho ĐTĐ, đối với HPQ một thuốc 96%, hai thuốc 88,5%. Trên 2 thuốc chiếm tỉ lệ không cao. Tỉ lệ ngày dùng giảm dần theo số ngày. Cụ thể đối với ĐTĐ, 77,8% cho 7 ngày, 74% cho 14 ngày, 67,8% cho 28 ngày, 13,3% trên 28 ngày; đối với HPQ, 7 ngày là 91%, 14 ngày có 62%, 28 ngày chỉ 34,5%, trên 28 ngày chiếm tỉ lệ ít (9%).

Giá trung bình cho thuốc ĐTĐ và HPQ lần lượt là 296.857 đồng và 236.804 đồng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng cung ứng thuốc cổ truyền

Trong 400 cơ sở khảo sát có 02 cơ sở (0,5%) bán lẻ dược liệu, 177 (44,2%) cơ sở có bán thành phẩm thuốc cổ truyền. 14 cơ sở

có kinh doanh cả 02 loại trên. Các sản phẩm thuộc Nhóm chữa các bệnh về phế (81,9%); Nhóm thuốc thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy (50,3%); Nhóm thuốc khu phong trừ thấp (45,6%) được phần lớn các cơ sở lựa chọn cung ứng cho khách hàng vì đều sử dụng chữa các bệnh nhẹ phổ biến như cảm ho, nóng trong người, đau nhức xương khớp...Thuốc cổ truyền thường được bào chế dạng viên nén, siro thuốc và viên nang. Phần lớn cơ sở có doanh thu bán thuốc thành phẩm cổ truyền dưới 3 triệu đồng/ngày (45,7%). Các sản phẩm bán nhiều như (Eugica, sản phẩm của Nhất Nhất, Kim tiền thảo, Thuốc ho, V-phonte, Boganic, Bảo Thanh, Còn xoa bóp, Cao ích mẫu, các sản phẩm giải độc gan...). Tuy số lượng mua vị thuốc tại cơ sở bán lẻ rất ít tuy nhiên doanh thu bán vị thuốc tại cơ sở khá cao. Vì giá vị thuốc tương đối cao so với các sản phẩm khác. Những vị thuốc có số lượng bán nhiều như (hoài sơn, cam thảo, liên tâm, đông trùng hạ thảo, ngưu tất...). Trong những cơ sở có cung ứng thuốc cổ truyền, đa phần cung ứng thuốc cổ truyền ngoại nhập rất thấp. Có 62 cơ sở (32,3%) không có thuốc ngoại. Có 101 cơ sở có tỷ lệ thuốc ngoại dưới 10%. Thị trường thuốc cổ truyền ở nước ta rất phong phú. Phần lớn khách hàng khi mua thuốc cổ truyền tại cơ sở đều đề xuất yêu cầu sau đó nhờ nhân viên tư vấn thuốc 125 cơ sở (64,8%). Nên thường các cơ sở bán thuốc theo yêu cầu và nhân viên tư vấn thêm chiếm 58% các cơ sở. Phần lớn các cơ sở đều có khả năng cung ứng thuốc theo nhu cầu người mua và đều có thuốc thay thế tương ứng. Đa phần các cơ sở sẽ đặt lịch hẹn, đặt hàng liên hệ nhà cung ứng hoặc tư vấn thay thế thuốc cùng loại khi không đáp ứng yêu cầu thuốc của người mua.

4.2. Thực trạng cung ứng thuốc đái tháo đường và hen phế quản

Đái tháo đường là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng nghiêm trọng và đang gia tăng mạnh mẽ ở cả các nước phát triển và đang phát triển. Theo kết quả điều tra STEPwise về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm do Bộ Y tế thực hiện năm 2015, ở nhóm tuổi từ 18-69, cho thấy tỷ lệ đái tháo đường toàn quốc là 4,1%, tiền đái tháo đường là 3,6%, trong đó tỷ lệ đái tháo đường được chẩn đoán là 31,1%, tỷ lệ đái tháo đường chưa được chẩn đoán là 69,9%. Trong số những người được chẩn đoán, tỷ lệ đái tháo đường được quản lý tại cơ sở y tế: 28,9%, tỷ lệ đái tháo đường chưa được quản lý: 71,1% [3]. Danh mục thuốc điều trị Đái tháo đường các cơ sở lựa chọn có 100% là nhóm Metformin, vì đây là lựa chọn đầu tay điều trị Đái tháo đường tuýp 2. Thuốc giãn phế quản (các thuốc cường beta-2, kháng cholinergic) (98%) và Corticosteroid (97,3%) được lựa chọn nhiều nhất vì đây là hai thuốc có trong phác đồ điều trị hen phế quản của Bộ Y tế [5] đối với bệnh nhân hen từ nhẹ đến trung bình và nặng. Số liệu trên tương đồng với 1 nghiên cứu ở Nepal khi đơn trị liệu Salbutamol ở bất kỳ công thức nào là loại thuốc hô hấp phổ biến nhất (93,7%) [7]. Hai nhóm thuốc còn lại (kháng Leukotriene (60%) và Ổn định tế bào mast (61,3%)) được sử dụng ít là do đây là các thuốc cần dùng đối với bệnh nhân nặng, có nhiều triệu chứng và cơn hen cấp, mà số lượng bệnh nhân này sẽ ít hơn nên lượng dùng cũng ít hơn. 80 - 90% bệnh nhân hen phế quản có thể tránh được tử vong nếu được theo dõi điều trị và kiểm soát tốt [4]. Các cơ sở bán lẻ đa phần đều có tỉ lệ thuốc nội (98%) và thuốc ngoại (97,5%) tương đương nhau để có thể cung ứng đáp ứng các nhu cầu khác nhau của khách hàng. Tương tự, đối với thuốc biệt dược gốc được các cơ sở bán lẻ lựa chọn khá cao (95,5%), thuốc generic có tỉ lệ 97%, hơi cao hơn so với thuốc generic, vì thuốc

generic có giá thành rẻ, phù hợp với phần đông bệnh nhân. Tỷ lệ này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Lan Phương (2019) khi có tới 88,1% thuốc generic được tiêu thụ tại các nhà thuốc khảo sát [5]. Hầu hết các cơ sở đều thực hiện bán thuốc theo đơn, song song với đó vẫn có cơ sở bán thuốc kê đơn mà không cần đơn thuốc, tỉ lệ này chiếm khá cao ở cả thuốc điều trị Đái tháo đường (70%) và Hen phế quản (66%). Tỷ lệ này cao hơn một nghiên cứu ở Tamilnadu, Ấn Độ, khi có 44,2% thuốc được bán theo đơn và phần còn lại là không cần đơn [1]. Đó là do khâu quản lý còn lỏng lẻo, và còn do tính cạnh tranh giữa các cơ sở với tâm lý “mình không bán thì người khác bán”,... Phần lớn các cơ sở đều có khả năng cung ứng đủ 1-2 thuốc/đơn cho khách hàng. Từ 2 thuốc/đơn chiếm tỉ lệ không cao, đối với đái tháo đường là 36,3%, Hen phế quản là 29% sơ sở. Đái tháo đường và Hen phế quản đều là bệnh mạn tính, sử dụng thuốc dài ngày là việc không tránh khỏi, nhưng cả 2 bệnh đều cần tái khám thường xuyên để kiểm soát bệnh tốt và tránh biến chứng nên đơn thuốc mà nhà thuốc cung ứng có thời gian từ 7-14 ngày/đơn là phổ biến. Giá trung bình cho một đơn/lần bán đối với thuốc điều trị đái tháo đường và hen phế quản lần lượt là 296.857 đồng và 236.804 đồng.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng cung ứng thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc cho thấy có những thành tựu đáng kể như: đảm bảo đủ thuốc phục vụ khám chữa bệnh và phòng bệnh, mở rộng quy mô và nâng cao vai trò của sản xuất thuốc trong nước, tăng cường sử dụng thuốc sản xuất trong nước tại các cơ sở y tế, duy trì ổn định giá thuốc và ngăn chặn hiện tượng tăng giá đột biến. Tuy nhiên, cũng còn tồn tại nhiều bất cập như: tình trạng bán thuốc phải kê đơn

mà không có đơn, kiến thức và thực hành chuyên môn của người bán thuốc còn thấp, việc tuân thủ các quy định về thực hành nhà thuốc tốt (GPP) còn hạn chế, nguy cơ xâm nhập của thuốc giả và thuốc bất hợp pháp. Do đó, cần có những biện pháp can thiệp nhằm cải thiện chất lượng cung ứng thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc, nâng cao kiến thức và kỹ năng của người bán thuốc, tăng cường giám sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Basak, Subal Chandra, and Dondeti Sathyanarayana Dondeti Sathyanarayana** (2010), "Evaluating medicines dispensing patterns at private community pharmacies in Tamilnadu, India." 27-31.
2. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định 5850/QĐ-BYT ngày 24 tháng 12 năm 2021: Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em trên 12 tuổi”, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế**, Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Đái Tháo Đường típ 2”, 2020.
4. **Bộ Y tế**, Quyết định số 1851/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em 12 tuổi”, 2020.
5. **Phương Vũ Thị Lan** (2020), “Phân tích thực trạng tiêu thụ thuốc tại một số nhà thuốc tỉnh Nam Định”, Luận văn thạc sĩ], Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
6. **Quốc hội** (2016), Luật số: 105/2016/QH13, Luật Dược.
7. **Siddharthan, T., Robertson, N. M., Rykiel, N. A., Underhill, L. J., Rahman, N., Kafle, S.,... & Pollard, S. L.** (2022). Availability, affordability and access to essential medications for asthma and chronic obstructive pulmonary disease in three low- and middle-income country settings. *PLOS Global Public Health*, 2(12), e0001309.

QUY TRÌNH GIẢI TRÌNH TỰ GEN THỂ HỆ MỚI (NEXT GENERATION SEQUENCING) MỘT SỐ GEN LIÊN QUAN ĐẾN TÍNH KHÁNG THUỐC ĐIỀU TRỊ CỦA PLASMODIUM FALCIPARUM

Nguyễn Thị Thanh Chung¹, Nguyễn Thị Hồng Ngọc²,
Nguyễn Quang Thiệu², Nguyễn Văn Hồng², Nguyễn Thị Hương Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng quy trình giải trình tự toàn bộ hệ gen (Whole Genome Sequencing) một số gen liên quan đến tính kháng thuốc của Plasmodium falciparum. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tối ưu hóa quy trình tách chiết ADN, chuẩn hóa nồng độ và số lượng ADN đầu vào, thiết kế 2 sét mồi đặc hiệu để khuếch đại các đoạn gen có liên quan đến 14 gen kháng thuốc điều trị sốt rét và tối ưu hóa các bước thực hiện giải trình tự toàn bộ hệ gen trên máy Miseq của hãng Illumina. Áp dụng quy trình giải trình tự toàn bộ hệ gen đã tối ưu với mẫu máu để đánh giá thông số kỹ thuật. **Kết quả:** Xây dựng và thẩm định quy trình giải trình tự toàn bộ hệ gen với một số gen liên quan đến tính kháng thuốc của Plasmodium falciparum trên máy Miseq bao gồm: tối ưu hóa được lượng mẫu đưa vào (1 giọt máu đường kính 5mm) và lượng ADN đầu vào mật độ ký sinh trùng sốt rét (100 KST/ μ L), thiết kế được 2 set mồi khuếch đại 233-265 đoạn gen liên quan đến 13-14 gen kháng thuốc với P. falciparum. Khảo sát ADN của 10 mẫu nhiễm đơn ký sinh trùng Plasmodium falciparum, đánh giá chất

lượng theo phần mềm FASTQC. **Kết luận:** Đã xây dựng và tối ưu quy trình giải trình tự toàn bộ hệ gen với một số gen liên quan đến tính kháng thuốc của Plasmodium falciparum trên máy Miseq của hãng Illumina. Áp dụng quy trình trên 10 mẫu lâm sàng đạt yêu cầu về chất lượng.

Từ khóa: Giải trình tự toàn bộ hệ gen, giải trình tự thể hệ mới, gen kháng thuốc điều trị sốt rét, mrp1, ubp-1, dhfr1, mdr1, dhr1, dhps, crt

SUMMARY

DEVELOP SOP FOR NEXT-GENERATION SEQUENCING (NGS) OF SOME GENES RELATED TO DRUG RESISTANCE IN PLASMODIUM FALCIPARUM

Objective: To develop a Whole Genome Sequencing process of some genes related to drug resistance in Plasmodium falciparum. **Research objects and methods:** Optimizing the DNA extraction process, standardizing the concentration and quantity of input DNA, designing 2 set specific primers to amplify gene segments related to 14 antimalarial drug resistance genes and optimizing the steps of whole genome sequencing on Miseq machine. Applying the optimized whole genome sequencing process to blood samples to evaluate technical parameters. **Results:** Develop and validating the whole genome sequencing process with some genes related to drug resistance of P. falciparum on the Illumina Miseq machine including: optimizing the amount of sample input (1 drop of blood with 5mm diameter) and the amount of input DNA with malaria parasite

¹Đại học Y khoa Vinh

²Viện Sốt rét - Kí Sinh Trùng - Côn trùng Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Chung
SĐT: 0989656595

Email: chungnguyenykv@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

density (100 parasites/ μ L), designing 2 sets of primers to amplify 233-265 gene segments related to 13-14 drug resistance genes with *P. falciparum*. Do sequencing 10 samples single infected with *P. falciparum*, evaluating the quality by FASTQC software. **Conclusion:** Building and optimizing the whole genome sequencing process with some genes related to drug resistance of *P. falciparum* on the Illumina Miseq machine. Applying the process on 10 clinical samples adapted the quality requirements.

Keywords: Whole genome sequencing, next generation sequencing, antimalarial drug resistance genes, Pfmpr1, ubp-1, Pfdhfr1, Pfmdr1, Pfdhr1, Pfdhps, Pfcrt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Plasmodium falciparum là tác nhân chính gây sốt rét ác tính, với tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời. Sự xuất hiện của các chủng kháng thuốc đã trở thành một thách thức lớn trong việc kiểm soát và điều trị bệnh sốt rét. Các gen liên quan đến tính kháng thuốc, như pfcrt, pfmdr1, k13, là những yếu tố quan trọng giúp xác định khả năng kháng của ký sinh trùng (KST) đối với các loại thuốc điều trị.

Mục tiêu của chính phủ Việt Nam là loại trừ sốt rét do *P. falciparum* gây ra vào năm 2025 và sốt rét do *P. vivax* gây ra vào năm 2030. Tuy nhiên, mục tiêu này cũng có nhiều thách thức chủ yếu là hiện tượng ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) kháng các liệu pháp điều trị kết hợp artemisinin hiện tại và lan rộng ở Tiểu vùng Mêkông mở rộng (GMS); năm tỉnh của Việt Nam đã được xác định để có KSTSR kháng thuốc và đã có những tỉnh mới nghi ngờ có KSTSR kháng thuốc, cần có các công cụ mới để đánh giá sâu và đúng KST: thực trạng mắc, cấu trúc quần thể, nguồn gốc, tính kháng thuốc điều trị... Công nghệ giải trình tự thế hệ mới (Next Generation

Sequencing - NGS) có thể giải trình tự toàn bộ hệ gen (WGS) đáp ứng được nhu cầu này.

Tuy nhiên tại Việt Nam những nghiên cứu cho việc áp dụng kỹ thuật này trên KSTSR còn ít, trong khuôn khổ đề tài nghiên cứu hợp tác Nghị định thư với Đại học Vệ sinh và Y học Nhiệt đới, Luân Đôn Vương quốc Anh “**Nghiên cứu tính đa hình di truyền và kháng thuốc của *Plasmodium falciparum* và *Plasmodium vivax* bằng kỹ thuật giải trình tự toàn bộ hệ gen**” chúng tôi tiến hành chuẩn hóa, xây dựng kỹ thuật giải trình tự toàn bộ hệ gen tập trung vào những gen liên quan đến tính kháng thuốc đối với hai loài KSTSR nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm phòng thí nghiệm

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 01/11/2021 đến tháng 15/04/2022, tại Khoa Sinh học phân tử, Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu:

Mẫu nghiên cứu: Mẫu máu thu thập tại Gia Lai đã được xác định dương tính với *P. falciparum*

Đối tượng nghiên cứu: Các đặc điểm kỹ thuật của thí nghiệm giải trình tự toàn bộ hệ gen, bao gồm: kỹ thuật tách chiết ADN trên mẫu máu giấy thấm khô; PCR khuếch đại đoạn gen cần giải trình tự; kỹ thuật tạo thư viện, kỹ thuật giải trình tự WGS.

Các bước tiến hành nghiên cứu

1. Sử dụng thông tin từ cơ sở dữ liệu của Kho dữ liệu hệ gen *Plasmodium* (PlasmoDB – *Plasmodium* Genomic Resource). Trích xuất các đoạn trình tự gen quan tâm trên bộ gen *Plasmodium falciparum* (phiên bản Pf3D7), từ đó thiết kế 2 set mồi khuếch đại 233-265 đoạn gen tương ứng với 13-14 gen liên quan đến

tính kháng thuốc bao gồm các trình tự tham chiếu Pf3D7-0112200; Pf3D7-014300; Pf3D7-0417200; Pf3D7-0523000; Pf3D7-0516500; Pf3D7-0709000; Pf3D7-08108000; Pf3D7-0813000; Pf3D7-1025000; Pf3D7-12183000; Pf3D7-1251200; Pf3D7-1235400; Pf3D7-1343700.

2. Tối ưu hóa quá trình tách chiết và đánh giá chất lượng ADN (Bộ kit Qiagen Mini kit) sử dụng số giọt máu khác nhau, đánh giá ngưỡng ADN đầu vào tối thiểu để phản ứng giải trình tự đạt hiệu quả cao nhất. Tiêu chí chất lượng cần đạt: nồng độ DNA của Plasmodium thu được từ 20-50 ng/1 phản ứng; nồng độ ADN không vượt quá 100 ng, độ tinh khiết OD260/280 từ 1,8-2,0.

3. Xác định điều kiện tối ưu của phản ứng PCR với các set môi.

4. Chuẩn bị thư viện cho phản ứng giải trình tự.

5. Giải trình trên máy Miseq; sử dụng bộ sinh phẩm NGS MiSeq Reagent Kit v3 (600-cycles).

6. Sử dụng phần mềm FASTQC và FASTScreen để phân tích số liệu thô, đánh giá chất lượng các kết quả giải trình tự.

7. Đánh giá lại toàn bộ quy trình với các điều kiện thử nghiệm đã tối ưu từ bước 1 đến bước 6 trên 10 mẫu lâm sàng.

Xử lý số liệu: Xử lý kết quả chuẩn hóa quy trình, bằng phần mềm Excell. Kiểm tra kết quả và đánh giá chất lượng kết quả giải trình tự bằng phần mềm.

Đạo đức trong nghiên cứu: Chứng nhận chấp thuận đạo đức trong nghiên cứu y sinh, số 1096/QĐ-VSR ngày 12/08/2020 của Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương cho đề tài nghị định thư mã số NĐT.84.GB/20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định các trình tự tham chiếu và thiết kế các sét môi

Liệt kê các gen kháng thuốc kháng các thuốc điều trị sốt rét đã và đang được sử dụng trong chương trình phòng chống sốt rét tại Việt Nam.

Bảng 1. Danh sách các gen đã được xác định liên quan đến tính kháng thuốc điều trị *P. falciparum* tại Việt Nam

TT	Gen trên NST	Tên gen	Tên thuốc	Cơ chế kháng Thuốc
1	1	Plasmodium falciparum multidrug resistance-associated protein 1 (pfmrp1)	Artemisinin (ART), Mefloquine , MQ	Các đột biến và mức độ biểu hiện ảnh hưởng đến sự vận chuyển và hiệu quả của thuốc.
2	1	Ubiquitin-specific protease 1 (ubp-1)	Mefloquine, Chloroquine (CQ)	Các thay đổi trong biểu hiện có thể ảnh hưởng đến phản ứng của KST với thuốc.
3	4	Dihydrofolate reductase (dhfr)	Pyrimethamine (PYR)	Các đột biến C50R, N51I, C59R, S108N, I164L... làm giảm độ khả năng phân giải của enzyme với thuốc.
4	5	Plasmodium falciparum multidrug resistance protein 1 (pfmdr1)	Chloroquine, Amodiaquine, Mefloquine, Lumefantrine (LF)	Tăng sự khuếch đại và hiện diện enzyme phân hủy thuốc và các đột biến: N86Y, Y184F, D1246Y... ảnh hưởng đến sự vận chuyển thuốc.
5	5	Epidermal growth factor receptor pathway substrate 15 (Eps15)	Kháng Thuốc nói chung	Đang được nghiên cứu.

TT	Gen trên NST	Tên gen	Tên thuốc	Cơ chế kháng Thuốc
6	5	Multidrug transporter (pfmdt)	Chloroquine, Mefloquine	Tham gia vào việc vận chuyển thuốc qua màng tế bào ký sinh trùng.
7	7	Plasmodium falciparum chloroquine resistance transporter (pfcr1)	Chloroquine	Các đột biến: K76T... giảm tích lũy chloroquine trong ký sinh trùng
8	8	Kinesin family member 7 (KIC7)	Chloroquine	Thay đổi khả năng gắn kết hoặc hấp thụ chloroquine.
9	8	Dihydropteroate synthase (dhps)	Sulfadoxine (SD)	Các đột biến: A437G, K540E làm giảm độ nhạy với sulfadoxine.
10	12	Plasmodium falciparum Ca ²⁺ -ATPase 6 (pfatp6)	Artemisinin (ART)	Đang nghiên cứu
11	12	Plasmodium falciparum GTP-cyclohydrolase 1 (pfgch1)	Piperaquine (PPQ)	Sự khuếch đại và các đột biến ảnh hưởng đến độ nhạy với thuốc.
12	12	Adaptor protein complex 2, mu subunit (ap2-mu)	Artemisinin, Piperaquine	Đột biến: S160N.. liên quan đến kháng artemisinin và piperaquine, thông qua thay đổi trong quá trình nhập bào và vận chuyển thuốc.
13	12	Coronin, actin-binding protein (coronin)	Artemisinin	Các đột biến thay đổi cấu trúc protein liên kết actin, ảnh hưởng đến quá trình phân chia của KST.
14	13	Kelch 13 (pfk13)	Artemisinin	Các đột biến trong miền propeller liên quan đến kháng artemisinin.
15	13	Exonuclease (Exo)	Artemisinin	Liên quan đến kháng qua cơ chế sửa chữa DNA và ổn định bộ gen của KST
16	14	Plasmodium falciparum plasmepsin 2/3 (plasmepsin 2/3)	Piperaquine	Tăng cường sự khuếch đại gen liên quan đến kháng piperaquine.

Danh sách các trình tự gen tham chiếu phù hợp nhất từ ngân hàng gen ký sinh trùng MalariaGEN được trình bày tại bảng 2.

Bảng 2. Danh sách trình tự tham chiếu phù hợp với các gen kháng thuốc

TT	Tên gen	Gen tham chiếu	TT	Tên gen	Gen tham chiếu
1	Pfmrp1	Pf3D7-0112200	9	Eps15	Pf3D7-1025000
2	ubp-1	Pf3D7-014300	10	Pfatp6	Pf3D7-1235400
3	dhfr	Pf3D7-0417200	11	Pfgch1	PF3D7_1213900
4	Pfmdr1	Pf3D7-0523000	12	ap2-mu	Pf3D7-1218300
5	Pfmdt	Pf3D7-0516500	13	coronin	Pf3D7-1251200
6	pfcr1	Pf3D7-0709000	14	Pfk13	Pf3D7-1343700
7	KIC7	Pf3D7-08108000	15	Exonuclease (Exo)	Pf3D7-1362500
8	Pfdhps	Pf3D7-0813000	16	Plasmepsin 2/3	Pf3D7-1408000

Sử dụng phần mềm SWGA (Selective Whole Genome Amplification) để thiết kế 2 bộ mồi (Primer set) đảm bảo để khuếch đại đoạn gen có chiều dài khoảng 3,5 Mb bao phủ toàn bộ các gen mã hóa tính kháng thuốc ở trên.

Hai sét mồi được gộp (pool) và cân bằng nồng độ để đảm bảo khuếch đại các đoạn gen theo nguyên lý: Các cặp mồi trong một sét mồi để tạo ra các sản phẩm PCR có kích thước tương tự. Độ dài của các cặp mồi từ 20 - 25 nucleotide. Nhiệt độ nóng chảy (T_m) đồng đều, dao động từ 55°C đến 65°C. Tránh các cấu trúc bậc hai như kẹp tóc hoặc tương tác mồi chéo, đặc hiệu cao đối với vùng gen mục tiêu không có vùng giàu GC hoặc giàu AT đảm bảo liên kết ổn định và đồng đều trong quá trình PCR. Mỗi cặp mồi đều có độ dài đoạn ULSO (Upstream Ligation Site Oligonucleotide – mồi liên kết phía trên) và DLSO (Downstream Ligation Site Oligonucleotide – mồi liên kết phía dưới) tương đương để cân bằng hiệu quả khuếch đại. Không chứa các đoạn poly-nucleotide dài (như AAAA hoặc GGGG), Tránh sự tương tác chéo giữa các mồi trong cùng một sét mồi.



Hình 1. Vị trí khuếch đại của các sét mồi được thiết kế khi khuếch đại hệ gen

Kết quả đã tạo ra 175 cặp mồi chia làm 02 sét với số lượng các cặp mồi tương ứng cho mỗi gen như sau

Bảng 3. Số mồi đã được thiết kế cho các gen kháng thuốc với *P. falciparum*

STT	Gen	Số lượng cặp mồi trong mỗi sét mồi		STT	Gen	Số lượng cặp mồi trong mỗi sét mồi	
		Sét mồi 1	Sét mồi 2			Sét mồi 1	Sét mồi 2
1	ubp1	16	12	9	plasmepsin2_CNV	5	3
2	pfmrp1	13	12	10	EPS15_Formin2	7	7
3	pf dhfr	4	4	11	pf coronin	6	4
4	KIC7	4	4	12	Pfk13	7	5
5	pf crt	8	7	13	pf ama1	6	4
6	pf atp6	3	2	14	pf hrp2	5	3
7	pf mdr1	10	8	15	mdr2	1	1
8	pf ap2-mu	5	3	Tổng cộng		100	75

Tối ưu hóa quy trình nhiệt để thực hiện phản ứng PCR khuếch đại chọn lọc các đoạn gen kháng thuốc với các set mồi đã được xây dựng thể hiện ở bảng 4.

Bảng 4. Chu trình thực hiện phản ứng PCR tối ưu hóa với các sét mồi được thiết kế

Số chu kỳ	Nhiệt độ	Thời gian
1X	99°C	2 phút
21X	99°C	15 giây
	60°C	8 phút
Giữ	10°C	Tối đa 24 giờ

Với chu trình trên hiệu suất khuếch đại của các sét mồi đạt 89 đến 95%.

3.2. Chuẩn hóa quy trình xử lý mẫu ban đầu và tách chiết ADN từ mẫu máu khô trên giấy thấm bằng phương pháp cột lọc, tối ưu hóa lượng ADN khuôn trước khi tạo thư viện.

Quá trình xử lý mẫu để tạo thư viện giải trình tự theo các bước như sau:

+ Thu thập mẫu máu → lấy một lượng mẫu nhất định được định lượng → Tách chiết ADN

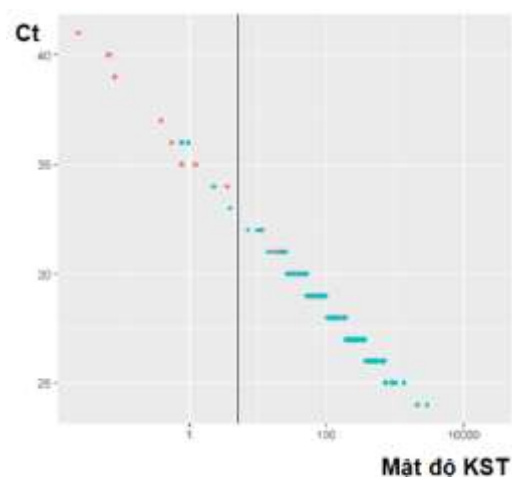
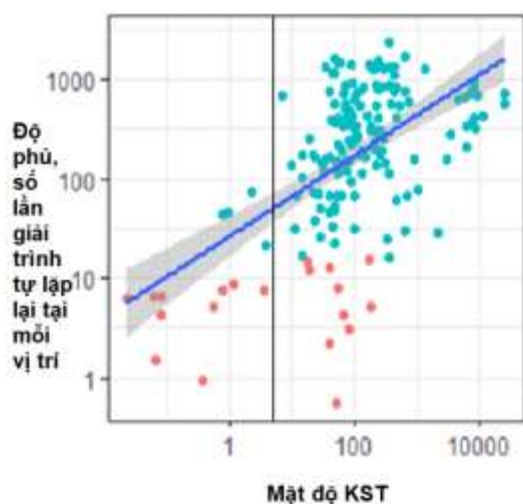
Mục tiêu quan trọng nhất là tối ưu hóa được nồng độ ADN *P. falciparum* đưa vào để chuẩn bị thư viện cho quá trình giải trình tự các đoạn gen mục tiêu.

Theo yêu cầu của bộ kit AmpliSeq library kit sử dụng để xây dựng thư viện lượng ADN đầu vào từ 1-100 ng trong đó 1 ng tương đương 300 bản copy hệ gen, trong đó lượng ADN tối ưu theo gợi ý là 10 ng, trong nghiên cứu của chúng tôi ADN đầu vào bao gồm cả ADN của KSTSR và ADN của người. Lượng ADN tối ưu trong mẫu cần đạt: 20-50 ng cho

một phản ứng và không vượt quá 100ng/1. Đánh giá nồng độ ADN ban đầu dựa trên kết quả đo trên Qubit và Nanodrop. Sau quá trình khuếch đại thì đánh giá lượng ADN đặc trưng của KST bằng kỹ thuật qPCR dựa vào giá trị Ct.

Chúng tôi tiến hành quá trình tối ưu hóa, nhằm tạo ra một quy trình chuẩn chung cho quá trình tạo mẫu ban đầu cho chuẩn bị thư viện giải trình tự bao gồm các nước dò nồng độ ADN trên các mẫu nuôi cấy và lâm sàng.

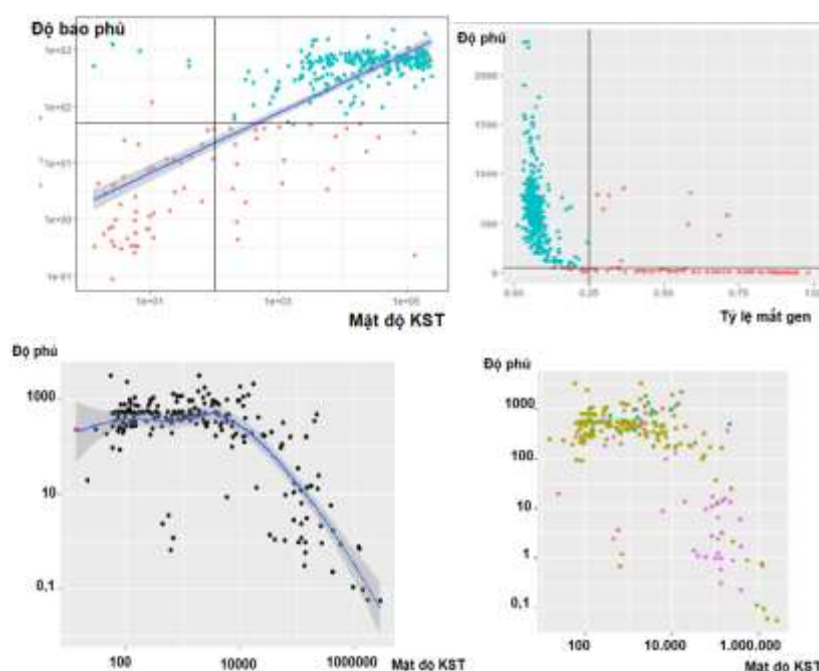
Thực hiện phản ứng real-time PCR định lượng trên các mẫu nuôi cấy với các nồng độ khác nhau, và giải trình tự theo quy trình chuẩn. Đánh giá các mẫu sau giải trình tự với tiêu chuẩn là độ phủ >15 và ít hơn 50% vị trí bị mất dữ liệu kiểu gen. Nhận thấy ở mật độ dưới 5 KST/μl, độ phủ bắt đầu giảm ở mật độ từ 100 KST/μl thì độ phủ luôn tốt tương ứng với giá trị Ct của mẫu khoảng 32,5 (có thể giao động đến 33 hoặc 34), để chuẩn bị thư viện thành công với đủ số lượt đọc.



Chấm đỏ: Giải trình tự không đạt yêu cầu

Chấm xanh: Giải trình tự đạt yêu cầu

Hình 2. Biểu đồ mối tương quan giữa mật độ KST với độ bao phủ và giá trị Ct của phản ứng real-time PCR



Hình 4. Biểu đồ mối tương quan giữa mật độ KST với độ bao phủ (tăng từ 15 lên 50) và độ mất gen giảm (50 xuống 25%)

Nếu giới hạn độ phủ tăng lên 50 thay vì 15 và tỷ lệ dữ liệu mất gen giảm xuống 25% thay vì 50 thì giới hạn mật độ cũng cao hơn một chút ở mức 100 KST/ μ L tương đương với Ct ở mức 31.

Mật độ quá thấp và quá cao đều ảnh hưởng đến quá trình giải trình tự, độ bao phủ bị giảm xuống. Dựa trên biểu đồ nhận thấy, quá trình giải trình tự hoạt động tốt nhất với mật độ ký sinh trùng trong khoảng từ 10 đến 10.000 KST/phản ứng. Nếu mật độ rất cao cần pha loãng xuống mức khoảng 1-10 ng/ μ L. Lượng mẫu ADN đầu vào của phản ứng khuếch đại với sét mồi đã được thiết kế ở trên là 7,5 μ L, không được vượt quá 100 ng/mẫu ADN tinh khiết. Dựa trên quá trình xác nhận, pha loãng các mẫu xuống còn 6,1 ng/ μ L để thu được khoảng 46 ng vật liệu đầu vào để có kết quả tốt nhất. Độ tinh khiết của ADN sau tách chiết có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả của phản ứng giải trình tự.

Bảng 5. Kết quả giải trình tự so sánh với chất lượng AND mẫu sau tách chiết

Mẫu	Giá trị đo		Tỷ lệ A260/A280	Mật độ KST/ μ L	Số lần đọc - độ phủ	Tỷ lệ đọc mất gen (%)
	Qubit	Nanodrop				
p09	7,87	8,62	1,863	1134556	140	20
p11	12,8	15,55	1,965	298856	556	30
p12	5,42	6,54	1,981	1494	314274	35
p13	2,99	4,54	2,396	52837	6692	58
p14	4,07	5,98	2,122	153887	1408	55
p15	7,2	8,76	1,887	621796	462	32
p16	1,47	2,7	3,021	65951	7300	60
p17	5,62	7,87	1,978	169122	606	42
p19	3,78	5,56	1,887	23871	62178	40
p20	4,69	6,52	1,725	66704	3106	35
p21	34,1	32,73	1,851	303796	656	32

Mẫu	Giá trị đo		Tỷ lệ	Mật độ	Số lần đọc -	Tỷ lệ đọc mất
p22	5,03	4,17	1,734	157578	940	30
p23	2,64	13,97	3,343	225189	538	60
p24	8,07	23,36	2,94	6809	91562	65
p25	6,03	17,87	2,563	484154	654	62

Qua bảng 5 nhận thấy ở những mẫu có tỷ lệ A20/A280 lớn hơn 2 mẫu có sự tạp nhiễm tỷ lệ đọc mất gen thường trên 50% (55 % đến 65%). Thiết kế các set môi để khuếch đại các gen quan tâm và chuẩn hóa quá trình cũng như nồng độ ADN đầu vào để khuếch đại và chuẩn bị thư viện giải trình tự là các bước quan trọng nhất để thực hiện giải trình tự hệ gen của các đối tượng quan tâm. Các bước sau như pha thư viện ADN đến nồng độ thích hợp. Biến tính thư viện bằng hỗn hợp NaOH/EB. Pha loãng thư viện với dung dịch đệm lai HT1. Chuẩn bị thuốc thử, thêm môi iPCR và thư viện đã biến tính vào hộp thuốc thử. Tiến hành chạy máy giải trình tự được thực hiện theo các hướng dẫn của nhà sản xuất

3.3. Đánh giá quy trình giải trình tự trên 10 mẫu lâm sàng nhiễm đơn KST Plamosdium

Thực hiện giải trình tự với các thông số thí nghiệm tối ưu đã xác định để phân tích 15 gen kháng thuốc quan tâm.

Bảng 6. Kết quả giải trình tự trên 10 mẫu lâm sàng bằng quy trình đã tối ưu

Mẫu	Chất lượng chuỗi theo từng vị trí nucleotide (PQ)	Chất lượng tổng thể của các chuỗi	Tỷ lệ GC	Tỷ lệ đoạn adapter	Các chuỗi được lặp lại nhiều lần	Mức độ trùng lặp chuỗi	Kết quả đánh giá
Pf1	Trung bình: 32	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	5%	Tốt
Pf2	Trung bình: 33	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	4%	Tốt
Pf3	Trung bình: 31	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	6%	Tốt
Pf4	Trung bình: 32	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	5%	Tốt
Pf5	Trung bình: 18	< 50% có chất lượng cao	Phân bố không đều	5%	10%	20%	Không tốt
Pf6	Trung bình: 32	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	5%	Tốt
Pf7	Trung bình: 33	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	4%	Tốt
Pf8	Trung bình: 31	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	6%	Tốt
Pf9	Trung bình: 32	> 95% có chất lượng cao	Phân bố chuẩn	0%	0%	5%	Tốt
Pf10	Trung bình: 19	< 50% có chất lượng cao	Phân bố không đều	5%	8%	18%	Không tốt

Quy trình chuẩn hóa sau khi áp dụng lên các mẫu lâm sàng giải trình tự đạt tới 80% các mẫu có kết quả tốt. Đạt tiêu chuẩn đánh giá theo quy định.

IV. BÀN LUẬN

Thiết kế bộ mồi và lựa chọn pool mồi là những yếu tố quan trọng trong khuếch đại ADN đặc trưng của *P. falciparum*. Việc lựa chọn các mồi chính xác và pool mồi thích hợp đảm bảo rằng chỉ có ADN của *P. falciparum* được khuếch đại, ngay cả khi có sự hiện diện của ADN người. Điều này giúp tăng cường độ đặc hiệu và giảm nhiễu chéo trong quá trình giải trình tự. Các mồi được thiết kế sao cho chúng gắn kết chính xác với các vùng gen mục tiêu, trong khi pool mồi giúp tăng hiệu suất khuếch đại cho nhiều mẫu đồng thời [1], [2]. Nồng độ ADN cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình khuếch đại và giải trình tự. Một nồng độ ADN phù hợp giúp tối ưu hóa quá trình khuếch đại và đảm bảo rằng có đủ vật liệu di truyền để thực hiện các bước tiếp theo trong quy trình giải trình tự. Việc duy trì tỷ lệ ADN KST/ADN người ở mức thích hợp là cần thiết để đảm bảo kết quả giải trình tự chính xác và tin cậy [3].

Giải trình tự toàn bộ hệ gen của *P. falciparum* hiện nay đóng vai trò quan trọng trong việc nghiên cứu và xây dựng chính sách loại trừ loài ký sinh trùng này. Thông qua giải trình tự toàn bộ hệ gen, các nhà nghiên cứu có thể phát hiện các biến thể di truyền liên quan đến kháng thuốc, hiểu rõ hơn về sự đa dạng di truyền của các quần thể ký sinh trùng, và đánh giá hiệu quả của các biện pháp phòng ngừa và điều trị hiện tại. Những thông tin này giúp định hình các chiến lược kiểm soát và loại trừ *Pl. falciparum* hiệu quả hơn trong tương lai [4], [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Đã xây dựng và tối ưu quy trình giải trình tự toàn bộ hệ gen tập trung vào việc xây dựng 2 sét mồi, một set có 100 cặp mồi và một set 75 cặp mồi để khuếch đại 265 đoạn

gen có kích thước 200-300 bp với tổng chiều dài khoảng 3,5 Mb liên quan đến 15 gen kháng thuốc của *Plasmodium falciparum* trên máy Miseq của hãng Illumina. Áp dụng quy trình trên 10 mẫu lâm sàng đạt yêu cầu về chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Malaria Journal.** (2018). Whole genome sequencing of *Plasmodium falciparum* from dried blood spots using selective whole genome amplification. Retrieved from <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-018-2374-3>
2. **Malaria Journal.** (2020). Optimization of whole-genome sequencing of *Plasmodium falciparum* from low-density dried blood spot samples. Retrieved from <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-020-03510-w>
3. **Malaria Journal.** (2021). Direct whole-genome sequencing of *Plasmodium falciparum* specimens from dried erythrocyte spots. Retrieved from <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-021-03794-w>
4. **Genome Medicine.** (2019). Strains used in whole organism *Plasmodium falciparum* vaccine trials differ in genome structure, sequence, and immunogenic potential. Retrieved from <https://genomemedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13073-019-0677-2>
5. **BMC Medical Genomics.** (2021). Genome-wide association studies of severe *P. falciparum* malaria susceptibility: progress, pitfalls and prospects. Retrieved from <https://bmcmmedgenomics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12920-021-01046-3>
6. **bioRxiv.** (2022). Flexible and cost-effective genomic surveillance of *P. falciparum*

malaria with targeted nanopore sequencing. Retrieved from <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.28.482397v1>

7. **Parasitology Research.** (2018). Plasmodium genomics: an approach for learning about and ending human malaria. Retrieved from

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00436-018-5931-4>

8. **Springer.** (2018). Plasmodium falciparum genetic diversity and malaria control. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00436-018-5874-9>

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH COLISTIN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Đặng Thị Soa¹, Nguyễn Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Thúy Ngân¹,
Vũ Thị Thủy¹, Hoàng Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Khảo sát và phân tích tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh colistin tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu dựa trên 124 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nội trú có sử dụng colistin từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức Tích cực chiếm tỷ lệ sử dụng colistin cao nhất (22,6%). Loại nhiễm khuẩn phổ biến nhất là nhiễm khuẩn hô hấp kết hợp với nhiễm khuẩn huyết (21%), kế đến là nhiễm khuẩn hô hấp đơn thuần (16,1%). Tất cả bệnh nhân đều sử dụng colistin như liệu pháp thay thế, với phác đồ phối hợp colistin và meropenem chiếm 70,3%. Liều nạp được sử dụng trong 67,7% trường hợp, chủ yếu là 3.000.000 IU (46%). Liều duy trì thường là 2.000.000 IU x 2 lần/ngày (39,5%). 100% bệnh nhân dùng colistin qua đường tĩnh mạch, trong đó có 2 trường hợp kết hợp tiêm tĩnh mạch và khí dung. 94 bệnh nhân được điều trị theo vi khuẩn gây bệnh. Chỉ định và

liều dùng colistin đều tuân theo hướng dẫn. **Kết luận:** Colistin chủ yếu được sử dụng như liệu pháp thay thế và phối hợp với các kháng sinh khác, thường được dùng liều nạp, và phù hợp với hướng dẫn điều trị theo vi khuẩn gây bệnh.

Từ khóa: colistin, kháng sinh

SUMMARY

ANALYSIS OF THE SITUATION OF COLISTIN ANTIBIOTIC USE AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: To investigate and analyze the rationality of colistin antibiotic use at Nghe An General Friendship Hospital in 2023. **Methodology:** The study was based on 124 inpatient medical records involving the use of colistin from January 1, 2023, to December 31, 2023. **Results:** Patients in the Intensive Care Unit had the highest rate of colistin use (22.6%). The most common infections were respiratory infections combined with sepsis (21%), followed by isolated respiratory infections (16.1%). All patients received colistin as an alternative therapy, with the combination of colistin and meropenem accounting for 70.3%. A loading dose was used in 67.7% of cases, primarily at 3,000,000 IU (46%). The maintenance dose was typically 2,000,000 IU twice daily (39.5%). All patients were administered colistin intravenously,

¹Trường Đại Học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Soa

SĐT: 0367783294

Email: dangsoa@vmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

with two cases combining intravenous and aerosolized delivery. Ninety-four patients were treated based on the identified pathogen. Colistin prescriptions and dosing regimens adhered to the treatment guidelines. **Conclusion:** Colistin was predominantly used as an alternative therapy in combination with other antibiotics, commonly with a loading dose, and its use was aligned with pathogen-specific treatment guidelines.

Keywords: colistin, antibiotics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Colistin là một loại kháng sinh Polypeptide thuộc nhóm Polymyxin được phát hiện vào năm 1947 và được đưa vào sử dụng trong lâm sàng năm 1950. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng colistin đã giảm xuống sau khi có báo cáo về độc tính trên thận và có sự xuất hiện của loại kháng sinh ít độc và có sẵn khác. Những năm gần đây, tình trạng nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm đa kháng thuốc có xu hướng gia tăng mạnh mẽ trên phạm vi toàn cầu, đặc biệt là đối với các vi khuẩn *A. baumannii*, *P. aeruginosa* và *K. pneumoniae* [1]. Khi các kháng sinh nhóm Quinolone, Aminoglycosid, β -lactam không còn hiệu quả thì colistin được xem là liệu pháp cứu cánh trong việc điều trị trường hợp nhiễm khuẩn nặng [1]. Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là bệnh viện tuyến tỉnh tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp bệnh nhân mắc bệnh lý nhiễm khuẩn nặng. Hiện nay có nhiều khoa tại bệnh viện đã sử dụng colistin trong các phác đồ điều trị nhiễm khuẩn. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng sử dụng colistin thực tế tại bệnh viện, từ đó góp phần nâng cao sử dụng colistin an toàn - hợp lý - hiệu quả hơn, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Phân tích tình hình sử dụng colistin tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023”. Với 2 mục tiêu: **Khảo sát tình hình và phân tích tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh colistin tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

124 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân điều trị nội trú có sử dụng colistin tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023. Đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn: bệnh nhân sử dụng colistin ít nhất 3 ngày, tuổi từ 18 Bệnh nhân suy thận có chỉ định lọc máu, loại trừ bệnh nhân nặng xin về, chuyển tuyến, tử vong trong quá trình điều trị, phụ nữ mang thai, cho con bú, hồ sơ không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu Phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ hồ sơ đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trên từ 01/01/2023 đến 31/12/2023

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn đánh giá

- Về chỉ định colistin phù hợp: Căn cứ vào Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022

- Về liều dùng colistin phù hợp: Căn cứ vào Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022, tờ hướng dẫn sử dụng thuốc Colirex 1MIU, Colistin TZF

Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính và cân nặng

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	91	73,4
	Nữ	33	26,6
Tuổi	< 60	49	39,5
	≥ 60	75	60,5
	Trung bình $\pm$ SD	63,5 $\pm$ 18,4	
Cân nặng	Trung bình $\pm$ SD	56 $\pm$ 9,1	

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là: $63,5 \pm 18,4$ tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao (60,5%). Cân nặng trung bình của 124 bệnh nhân ghi nhận được là $56 \pm 9,1$ kg. Tỷ lệ nam/nữ = 2,8.

Bảng 2. Kết quả cấy, định danh vi khuẩn

Kết quả	n	%
Cấy bệnh phẩm		
Dương tính	116	93,5
Âm tính	8	6,5
Định danh vi khuẩn		
A. baumannii	53	31,9
P. aeruginosa	57	34,3
K. pneumoniae	27	16,3
E. coli	12	7,2
Khác	17	10,2

100% bệnh nhân được tiến hành cấy bệnh phẩm, trong đó có 116 bệnh nhân có kết quả dương tính (93,5%); 6,5% âm tính. Kết quả định danh vi khuẩn cho thấy nhiều nhất P. aeruginosa (34,3%), A. baumannii (31,9%), K. pneumoniae (16,3%), E. coli (7,2%) và một số vi khuẩn khác.

3.2. Khảo sát tính hình sử dụng colistin

3.2.1. Tỷ lệ bệnh nhân dùng colistin theo khoa

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân dùng colistin theo khoa

Khoa	n	%
Hồi sức tích cực	28	22,6
Nhiễm khuẩn tổng hợp	19	15,3
Phẫu thuật thần kinh cột sống	18	14,6
Phục hồi chức năng	13	10,4
Bỏng	11	8,9
Ngoại thận – tiết niệu	8	6,5
Chống độc	6	4,9
Chấn thương chỉnh hình	5	4
Phẫu thuật tim mạch lồng ngực	5	4
Ngoại tiêu hóa	4	3,2
Nội dị ứng – hô hấp	3	2,4
Nội A – lão khoa	2	1,6
Nội huyết học – lâm sàng	2	1,6

Số bệnh nhân sử dụng colistin được điều trị ở Khoa Hồi sức Tích cực chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,6%, Khoa Nhiễm khuẩn Tổng hợp chiếm 15,3%, Khoa Phẫu thuật Thần kinh Cột sống chiếm 14,6%.

3.2.2. Tỷ lệ dùng colistin theo loại nhiễm khuẩn**Bảng 4. Tỷ lệ dùng colistin theo loại nhiễm khuẩn**

Loại nhiễm khuẩn	n	%
Nhiễm khuẩn hô hấp	20	16,1
Nhiễm khuẩn huyết	11	8,9
Nhiễm khuẩn ổ bụng	6	4,8
Nhiễm khuẩn thần kinh trung ương	4	3,2
Nhiễm khuẩn tiết niệu	10	8,1
Nhiễm khuẩn da – mô mềm	15	12,1
Nhiễm khuẩn hô hấp + Nhiễm khuẩn huyết	26	21
Nhiễm khuẩn hô hấp + Nhiễm khuẩn thần kinh trung ương	11	8,9
Nhiễm khuẩn huyết + Nhiễm khuẩn tiết niệu	2	1,6
Nhiễm khuẩn huyết + Nhiễm khuẩn da – mô mềm	2	1,6
Nhiễm khuẩn hô hấp + Nhiễm khuẩn huyết + Nhiễm khuẩn thần kinh trung ương	9	7,3
Nhiễm khuẩn hô hấp + Nhiễm khuẩn huyết + Nhiễm khuẩn tiết niệu	8	6,4

Colistin được sử dụng nhiều nhất trên bệnh nhân mắc loại nhiễm khuẩn hô hấp kết hợp với nhiễm khuẩn huyết (21%), tiếp đến là nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn da – mô mềm, nhiễm khuẩn huyết với tỷ lệ lần lượt là 16,1%, 12,1%, 8,9%.

3.2.3. Phác đồ sử dụng colistin**Bảng 5. Phác đồ sử dụng colistin**

Phác đồ	Thuốc	n	%
Phác đồ đầu tiên		0	0
Phác đồ thay thế		124	100
Colistin đơn độc		6	4,9
Colistin + β -lactam	Colistin + meropenem	87	70,3
	Colistin + imipenem	3	2,4
	Colistin + doripenem	2	1,6
	Colistin + ceftriaxon	1	0,8
	Colistin + cefpime	1	0,8
	Colistin + amoxicilin + penicilin	1	0,8
	Colistin + piperacillin + tazobactam	1	0,8
Colistin + Aminosid	Colistin + amikacin	3	2,4
	Colistin + gentamicin	1	0,8
Colistin + Quinolon	Colistin + levofloxacin	1	0,8
Colistin + fosfomycin		4	3,2
Colistin + β -lactam + Peptid	Colistin + meropenem + vancomycin	5	4
Colistin + β -lactam + Aminosid	Colistin + meropenem + amikacin	8	6,4

Kết quả cho thấy chủ yếu dùng phác đồ đôi trong đó cặp phối hợp colistin + meropenem chiếm tỷ lệ cao nhất (70,3%). Có 13/124 trường hợp sử dụng phác đồ 3 kháng sinh, colistin sử dụng đơn độc có 6 trường hợp.

3.2.4. Chế độ liều colistin

Bảng 6. Chế độ liều colistin

Chế độ liều		n	%
Liều nạp			
Không dùng liều nạp		40	32,3
Có dùng liều nạp	2.000.000 IU	3	2,4
	2.500.000 IU	1	0,8
	3.000.000 IU	57	46
	4.000.000 IU	21	16,9
	5.000.000 IU	1	0,8
	5.500.000 IU	1	0,8
	Trung bình ± SD	3.000.000 ± 585600	
Liều duy trì			
Đường tiêm truyền tĩnh mạch	1.000.000 IU x 2 lần/ngày	4	3,2
	1.000.000 IU x 3 lần/ngày	26	21
	1.500.000 IU x 2 lần/ngày	1	0,8
	2.000.000 IU x 1 lần/ngày	1	0,8
	2.000.000 IU x 2 lần/ngày	49	39,5
	2.000.000 IU x 3 lần/ngày	34	27,5
	3.000.000 IU x 2 lần/ngày	4	3,2
	3.000.000 IU x 3 lần/ngày	1	0,8
	4.000.000 IU x 2 lần/ngày	4	3,2
Đường khí dung	1.000.000 IU x 3 lần/ngày	1	0,8
	2.000.000 IU x 2 lần/ngày	1	0,8

Đa số bệnh nhân sử dụng liều nạp (67,7%), chủ yếu là 3.000.000 IU (46%), không sử dụng liều nạp (32,3%). Chế độ liều duy trì chủ yếu là 2.000.000 IU x 2 lần/ngày (39,5%), tiếp đến là 2.000.000 IU x 3 lần/ngày (27,5%). 100% được sử dụng bằng đường tĩnh mạch, có 2 trường hợp có sự kết hợp giữa tiêm tĩnh mạch và khí dung.

3.3. Phân tích tính hợp lý trong sử dụng colistin

3.3.1. Tỷ lệ sử dụng colistin theo kinh nghiệm, theo vi khuẩn

Bảng 7. Tỷ lệ sử dụng colistin theo kinh nghiệm, theo vi khuẩn

Đặc điểm		n	%
Theo kinh nghiệm		30	17,2
Theo vi khuẩn	A. baumannii	45	25,9
	P. aeruginosa	50	28,7
	K. pneumoniae	22	12,7
	E. coli	11	6,3
	Khác	16	9,2

94 bệnh nhân sử dụng colistin theo vi khuẩn gây bệnh. Trong đó, P. aeruginosa là nhiều nhất (28,7%), tiếp đến là A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli với tỷ lệ lần lượt là 25,9%, 12,7%, 6,3%, các vi khuẩn khác chiếm 9,2%. Có 17,2% bệnh nhân sử dụng colistin theo kinh nghiệm.

3.3.2. Tỷ lệ chỉ định colistin phù hợp**Bảng 8. Tỷ lệ chỉ định colistin phù hợp**

Đặc điểm		n	%
Về chỉ định	Phù hợp	124	100
	Không phù hợp	0	0
Về liều dùng	Phù hợp	124	100
	Không phù hợp	0	0

100% bệnh nhân được chỉ định và sử dụng liều colistin phù hợp theo hướng dẫn.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Về đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Về tuổi: Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là $63,5 \pm 18,4$, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao (60,5%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu đã thực hiện trước đó: Theo tác giả Hà Mạnh Đức nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2023, trung vị tuổi của bệnh nhân là 63,5 [3]. Theo chúng tôi, sở dĩ nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất vì tuổi càng cao, mắc cùng lúc nhiều bệnh lý, sức đề kháng kém. Chính vì vậy, bệnh nhân cũng dễ bị mắc bệnh nhiễm khuẩn hơn và lại thường nguy cơ gặp các vi khuẩn kháng thuốc cao hơn.

Về đặc điểm nuôi cấy vi khuẩn: 100% bệnh nhân được tiến hành cấy bệnh phẩm, trong đó có 116 bệnh nhân có kết quả dương tính (93,5%); 6,5% âm tính. Kết quả định danh vi khuẩn cho thấy nhiều nhất *P. aeruginosa* (34,3%), *A. baumannii* (31,9%), *K. pneumoniae* (16,3%). Nhiều tác giả cũng cho kết quả tương tự về sự phân bố tỷ lệ vi khuẩn. Theo tác giả Hà Thu Hà (2016), trong số các vi khuẩn phân lập được thì *A. baumannii* (37,0%), *P. aeruginosa* (16,9%) và *K. pneumoniae* (20,0%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Cả 3 vi khuẩn này được làm kháng sinh đồ, tất cả các trường hợp đều cho kết quả nhạy cảm với colistin [4]. Nghiên cứu của

Phạm Thị Mỹ Hoa năm 2020 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, bốn tác nhân thường gặp gây nhiễm trùng bệnh viện bao gồm *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *E. coli* với tỉ lệ phân lập vi khuẩn *A. baumannii* cao nhất (54,6%). Kết quả kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn *A. baumannii* đề kháng trên 90% kháng sinh thuộc nhóm Beta – lactam và Fluoroquinolon, trên 60% các kháng sinh thuộc nhóm Aminoglycosid. Đối với *K. pneumoniae*, tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn đối với các kháng sinh đa số trên 60%, chỉ duy nhất có amikacin có tỉ lệ đề kháng dưới 40%. Với *P. aeruginosa*, ngoại trừ colistin vi khuẩn hầu như đề kháng tất cả các kháng sinh với tỉ lệ trên 90%. Chưa ghi nhận trường hợp nào đề kháng với colistin trong nghiên cứu [5]. Các nghiên cứu trên cho thấy, những bệnh nhân sử dụng colistin phần lớn vi khuẩn phân lập được là *A. baumannii*, *P. aeruginosa* và *K. pneumoniae*.

4.2. Về khảo sát tình hình sử dụng colistin

Về tỷ lệ dùng colistin theo khoa: Số bệnh nhân sử dụng colistin được điều trị ở Khoa Hồi sức Tích cực chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,6%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Mỹ Hoa đều cho kết quả Khoa Hồi sức Tích cực là nơi bệnh nhân được chỉ định colistin nhiều nhất [5]. Do đây là khoa điều trị các bệnh nhân nặng, bệnh nhân có tỷ lệ nhiễm các vi khuẩn gram âm kháng thuốc cao nhất so với các khoa khác trong bệnh viện.

Về tỷ lệ dùng colistin theo loại nhiễm khuẩn: Colistin được sử dụng nhiều nhất trên bệnh nhân mắc loại nhiễm khuẩn hô hấp kết hợp với nhiễm khuẩn huyết (21%), tiếp đến là nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn da – mô mềm, nhiễm khuẩn huyết với tỷ lệ lần lượt là 16,1%, 12,1%, 8,9%. Kết quả này tương đồng

với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Hà Thu Hà cũng ghi nhận số lượt bệnh nhân mắc nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 54,5% và 39,4% [4]. Tương tự kết quả của Võ Thị Hà, nhiễm khuẩn chủ yếu được chỉ định sử dụng colistin là nhiễm khuẩn hô hấp (79,8%) và nhiễm khuẩn huyết (18,4%). Điều này cũng phù hợp vì thực tế đây là hai nhiễm khuẩn thường gặp vi khuẩn đa kháng và tỷ lệ bệnh nhân bị nặng khá cao [6].

Về vị trí của colistin trong liệu trình điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân sử dụng colistin là phác đồ thay thế. Theo tác giả Hà Thu Hà, đa số bệnh nhân sử dụng colistin là phác đồ thay thế (67,7%) [4]. Các bác sĩ lựa chọn colistin là liệu pháp cứu cánh khi các kháng sinh khác không còn hiệu quả. Điều này hạn chế được tình trạng kháng thuốc và giảm thiểu nguy cơ gây độc tính trên bệnh nhân.

Về phác đồ sử dụng colistin: Trong các phác đồ phối hợp thì colistin chủ yếu được phối hợp với 1 kháng sinh khác (89,6%) và 2 kháng sinh khác (10,4%). Cặp phối hợp colistin + β -lactam đóng vai trò chủ đạo trong tất cả các phác đồ phối hợp với tần suất 77,5%. Trong đó, cặp colistin + meropenem chiếm 70,3% còn cặp colistin + imipenem chiếm 2,4%. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả Hà Thu Hà khi tần suất của cặp phối hợp colistin + meropenem tương ứng là 51,1% [4]. Điều này là hợp lý vì kết quả nuôi cấy vi khuẩn cho kết quả phần lớn là các vi khuẩn Gram âm, khó điều trị *A. baumannii* (31,9%), *P. aeruginosa* (34,3%), *K. pneumoniae* (16,3%), imipenem và meropenem đều có phổ tác dụng trên các vi khuẩn này, đây cũng là nhóm kháng sinh mạnh nhất “thuộc nhóm lựa chọn cuối cùng” được sử dụng để điều trị

cho các trường hợp bị nhiễm khuẩn bệnh viện nặng do các chủng vi khuẩn Gram âm sinh enzym ESBLs [7].

Về chế độ liều: Thông thường một thuốc cần 4 đến 5 lần thời gian bán thải mới đạt nồng độ đích ổn định trong máu. Ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng cần một liều nạp để nhanh chóng đạt nồng độ điều trị. Liều nạp ở những bệnh nhân nguy kịch vì thế mà cao hơn ở những bệnh nhân khác. Liều nạp được coi là chiến lược dùng thuốc tối ưu, giúp tối đa hóa kết quả điều trị và giảm thiểu nguy cơ tác dụng phụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân sử dụng liều nạp (67,7%). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Mỹ Hoa (97%), nghiên cứu của Nguyễn Bảo Kim (86,9%) nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Hà Thu Hà không có trường hợp nào sử dụng liều nạp [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được sử dụng colistin bằng đường tĩnh mạch, có 2 trường hợp có sự kết hợp giữa tiêm tĩnh mạch và khí dung. Dạng khí dung đang được sử dụng như một biện pháp hỗ trợ với mức liều 3.000.000 – 4.000.000 IU/ngày ở những bệnh nhân viêm phổi nặng do vi khuẩn đa kháng. Điều này là dễ hiểu bởi sự phân bố của colistin và CMS tại dịch màng phổi là kém [8].

4.3. Về tính hợp lý trong việc sử dụng colistin

Về sử dụng colistin theo kinh nghiệm, theo vi khuẩn: 94 bệnh nhân sử dụng colistin theo vi khuẩn gây bệnh. Trong đó, *P. aeruginosa* là nhiều nhất (28,7%), tiếp đến là *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *E. coli* với tỷ lệ lần lượt là 25,9%, 12,7%, 6,3%, các vi khuẩn khác chiếm 9,2%. Có 17,2% bệnh nhân sử dụng colistin theo kinh nghiệm. Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là bệnh viện tuyến tỉnh có tiếp nhận điều trị các

trường hợp nhiễm khuẩn nặng nhưng đa số được bệnh nhân được chỉ định sử dụng colistin sau khi có kết quả kháng sinh đồ theo vi khuẩn gây bệnh. Tuy nhiên, colistin vẫn được sử dụng theo kinh nghiệm cho 30 bệnh nhân để giảm tỷ lệ tử vong.

Về tính hợp lý trong chỉ định: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân được chỉ định colistin hợp lý. Điều này phù hợp vì phần lớn vi khuẩn định danh được từ mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là những vi khuẩn kháng thuốc cao (*A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*), đồng thời đa phần lại là những bệnh nhiễm khuẩn nặng được điều trị tại khoa hồi sức tích cực

Về tính hợp lý trong chế độ liều: 100% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được sử dụng liều phù hợp. Đặc điểm bệnh nhân đa số là người lớn tuổi, có tình trạng bệnh lý phức tạp. Do đó chế độ liều luôn được các bác sĩ chú ý điều chỉnh theo chức năng thận.

V. KẾT LUẬN

Số bệnh nhân sử dụng colistin được điều trị ở Khoa Hồi sức Tích cực chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,6%. Colistin được sử dụng nhiều nhất trên bệnh nhân mắc loại nhiễm khuẩn hô hấp kết hợp với nhiễm khuẩn huyết (21%), tiếp đến là nhiễm khuẩn hô hấp 16,1%. 100% bệnh nhân sử dụng colistin là phác đồ thay thế. Cặp phối hợp colistin + meropenem chiếm tỷ lệ cao nhất (70,3%).

Đa số bệnh nhân sử dụng liều nạp (67,7%), chủ yếu là 3.000.000 IU (46%). Chế độ liều duy trì chủ yếu là 2.000.000 IU x 2 lần/ngày (39,5%). 100% được sử dụng bằng đường tĩnh mạch, có 2 trường hợp có sự kết hợp giữa tiêm tĩnh mạch và khí dung. Đa phần bệnh nhân sử dụng colistin theo vi

khuẩn gây bệnh và 100% bệnh nhân được chỉ định và chế độ liều colistin phù hợp với hướng dẫn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Biswas, J.-M. Brunel et al** (2012). Colistin: an update on the antibiotic of the 21st century. *Expert Rev. Anti Infect. Ther.*, 10, 917-934.
2. **Lê Thị Thu Hằng và các cộng sự** (2023). Khảo sát một số đặc điểm sử dụng kháng sinh có độc tính thận trên bệnh nhân bỏng tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác. *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*, 2, 23-32.
3. **Phạm Thị Yến Phương, Hà Mạnh Đức và các cộng sự** (2023). Khảo sát tình hình sử dụng colistin cho bệnh nhân Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Quân y 175. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108, 18(dbv).
4. **Hà Thu Hà** (2016), Khảo sát sử dụng colistin tại Bệnh viện Nhiệt Đới Trung Ương, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Phạm Thị Mỹ Hoa và các cộng sự** (2021). Khảo sát tình hình sử dụng colistin từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2020 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 25(4).
6. **Võ Thị Hà và các cộng sự** (2022). Khảo sát độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 520.
7. **Nordmann P et al** (2011). Global Spread of Carbapenemaseproducing Enterobacteriaceae. *Emerging Infectious Diseases*, 17(10), 1791-1797.
8. **Kift E. V., et al** (2014). Systematic review of the evidence for rational dosing of colistin. *S Afr Med J*, 104(3), 183-6.

THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP NÂNG CAO HOẠT ĐỘNG DƯỢC LÂM SÀNG TẠI CÁC BỆNH VIỆN, TRUNG TÂM Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023

Nguyễn Thị Cần¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng triển khai, đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao hoạt động dược lâm sàng tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu định lượng thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi điều tra khảo sát trên đối tượng lãnh đạo khoa Dược tại các khoa Dược. **Kết quả:** Trong mẫu nghiên cứu chủ yếu bệnh viện hạng 3 chiếm 58,1%. Giường kế hoạch có giá trị trung bình là $372,9 \pm 80,5$, số dược sĩ trong tổ dược lâm sàng/thông tin thuốc là 3 (2-4). Đánh giá các hoạt động dược lâm sàng ở mức độ rất thường xuyên và thường xuyên: Hoạt động chuyên môn chủ yếu là hội đồng thuốc điều trị (chiếm 87,1%). Hoạt động xây dựng, sửa đổi quy trình chuyên môn đến sử dụng thuốc chủ yếu là xây dựng hướng dẫn điều trị (chiếm 67,8%). Hoạt động giám sát sử dụng thuốc chủ yếu là quy trình giám sát ADR (chiếm 96,7%) và quy trình thông tin thuốc (chiếm 100%). Hoạt động giám sát sử dụng thuốc chủ yếu là nghiên cứu đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện (chiếm 54,9%). **Kết luận:** Triển khai tốt các hoạt động dược lâm sàng tại các bệnh viện nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị bệnh và giảm thiểu nguy cơ cho bệnh nhân.

Từ khóa: Thực trạng, giải pháp, hoạt động dược lâm sàng.

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND SOLUTION TO IMPROVE CLINICAL PHARMACY ACTIVITIES AT HOSPITALS AND MEDICAL CENTERS IN NGHE AN PROVINCE IN 2023

Objective: To assess the current status and propose solutions to improve clinical pharmacy activities in hospitals in Nghe An Province. **Methods:** A quantitative study was conducted through interviews using a survey questionnaire targeting the leadership of pharmacy departments in various hospitals. **Results:** The study sample predominantly consisted of level 3 hospitals (58.1%). The average number of planned beds was 372.9 ± 80.5 , and the number of clinical pharmacists in the clinical pharmacy/drug information team was 3 (range: 2-4). The evaluation of clinical pharmacy activities showed frequent or very frequent participation in therapeutic drug committees (87.1%). Activities related to developing and revising professional guidelines focused on creating treatment guidelines (67.8%). Monitoring drug use primarily involved ADR surveillance (96.7%) and drug information processes (100%). Drug utilization reviews in hospitals accounted for 54.9%. **Conclusion:** Effective implementation of clinical pharmacy activities in hospitals improves treatment outcomes and reduces risks for patients.

Keywords: Current status, solutions, clinical pharmacy activities.

¹Khoa Dược – Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cần

SĐT: 0979674434

Email: pharmacistcannnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Căn cứ vào Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam cùng với mục tiêu hàng đầu của các cơ sở khám, chữa bệnh là nâng cao hiệu quả điều trị và an toàn người bệnh kết hợp, vai trò dược sỹ lâm sàng rất quan trọng trong công tác phối hợp điều trị như cung cấp thông tin thuốc, hỗ trợ bác sĩ kê đơn, lựa chọn thuốc tối ưu, theo dõi, phát hiện, xử trí các biến cố do thuốc xảy ra trên người bệnh để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả [1],[8]. Các bệnh viện muốn làm tốt công tác quản lý sử dụng thuốc theo hướng hiệu quả, an toàn-tiện dụng và kinh tế, trước hết cần phải tổ chức và hoạt động tốt công tác DLS. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng Dược lâm sàng góp phần giảm chi phí chăm sóc, mà còn giảm số lượng sai sót thuốc, số lượng phản ứng có hại của thuốc và cuối cùng là thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong. Hiện nay, khái niệm DLS đối với nhiều người, ngay cả ở cấp lãnh đạo cũng chưa nắm bắt hết các tiêu chí, nội dung và mục đích của công tác DLS, nhất là ở bệnh viện. Vẫn còn tồn tại quan niệm khoa dược bệnh viện chỉ là cái kho giữ thuốc và cấp phát theo yêu cầu của bác sĩ. Việc kê đơn, sử dụng thuốc chưa hợp lý, chưa hiệu quả làm tăng đáng kể chi phí người bệnh, tăng nguy cơ tương tác thuốc, kể cả nguy cơ tử vong. Vì vậy, có thể nói, ở đâu làm tốt công tác DLS, thì ở đó người bệnh được chăm sóc bằng thuốc tốt nhất, tiết kiệm được chi phí điều trị [5], [6], [7]. Một số nghiên cứu trên thế giới chủ yếu khảo sát hoạt động Dược lâm sàng tại các nhà thuốc bệnh viện, có nhiều hoạt động tới dịch vụ liên quan đến bệnh nhân. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Đồng Thị Xuân Phương và cộng sự (2017) đã cung cấp một cái nhìn tổng quan về thực trạng hành nghề và hoạt động Dược lâm sàng tại

các bệnh viện Việt Nam; nghiên cứu của một số tác giả khác về dịch vụ Dược lâm sàng ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh cho biết các hoạt động Dược lâm sàng chủ yếu là các hoạt động không dành riêng cho bệnh nhân, hoạt động chăm sóc trực tiếp bệnh nhân còn hạn chế. Ở Nghệ An, chưa có một nghiên cứu nào khảo sát thực trạng triển khai hoạt động Dược lâm sàng. Theo Quyết định số 1165/QĐ – TTg – Quyết định phê duyệt chiến lược Quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2030 và tầm nhìn đến năm 2045 đề ra giải pháp 5 trong nhóm 9 giải pháp về đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn hiệu quả: Triển khai có hiệu quả các hoạt động dược lâm sàng theo lộ trình. Thêm vào đó, hiện nay có rất nhiều bệnh viện, trung tâm y tế huyện trên địa bàn tỉnh Nghệ An có số lượng bệnh nhân thăm khám ngày càng cao, cũng như số lượng dược sỹ công tác tại các bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn, nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "**Thực trạng và giải pháp nâng cao hoạt động Dược lâm sàng tại các bệnh viện, trung tâm y tế trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023**" với mục đích khảo sát thực trạng triển khai hoạt động dược lâm sàng trong các bệnh viện thuộc địa bàn tỉnh Nghệ An cũng như phát hiện những khó khăn, bất cập khi thực hiện và triển khai theo các thông tư của Bộ Y tế ban hành. Từ đó, đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao hoạt động dược lâm sàng tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Lãnh đạo khoa Dược của các bệnh viện, trung tâm Y tế trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 05/2023

đến tháng 09/2023 tại các bệnh viện, trung tâm y tế tuyến huyện; bệnh viện tuyến tỉnh, tư nhân trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu định lượng được thực hiện thông qua kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp hoặc trực tuyến bằng Bộ câu hỏi điều tra khảo sát được đo lường bằng công cụ google form.

- Phương pháp phân tích, nghiên cứu tài liệu - Các thông tư của Bộ Y tế.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.5. Phương pháp thu thập số liệu:

Việc thu thập dữ liệu cho bảng câu hỏi được hỗ trợ và tạo điều kiện bởi các bệnh viện, trung tâm Y tế. Đầu tiên, thư mời tham gia nghiên cứu được gửi về các khoa Dược tại các bệnh viện, trung tâm Y tế huyện; bệnh viện tuyến tỉnh, tư nhân trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Các khoa Dược nhận lời mời tham gia nghiên cứu. Nhóm điều tra sẽ trực tiếp điều tra phỏng vấn bằng Phiếu điều tra phỏng vấn được in sẵn hoặc sử dụng mã QR có đường link chứa Biểu mẫu Phiếu điều tra phỏng vấn được tạo bằng công cụ Google form có sẵn từ tháng 05 năm 2023 đến tháng 07 năm 2023.

2.6. Công cụ nghiên cứu

Bộ câu hỏi khảo sát được xây dựng dựa trên Điều 6, 7 – Chương III. Hoạt động Dược lâm sàng - Nghị định 131/2020/NĐ – CP quy định về tổ chức, hoạt động dược lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành ngày 2 tháng 11 năm 2020 [2] và Điều 80. Nội dung hoạt động Dược lâm sàng – Chương IX. Dược lâm sàng - Luật Dược 105/2016/QH13 [4].

Bộ câu hỏi khảo sát sau khi được xây dựng, được thiết kế thành 2 dạng: Phiếu điều tra phỏng vấn đối tượng NC (trực tiếp), và Bộ câu hỏi google form hay phiếu điều tra bản điện tử theo đường link dành cho đối tượng ở xa không gặp trực tiếp được.

Phiếu điều tra gồm 14 câu hỏi. Mẫu câu hỏi trong Phiếu điều tra phỏng vấn được xây dựng và phân loại bằng Tiếng Việt.

2.7. Phương pháp phân tích dữ liệu:

Sử dụng phần mềm Excel, SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng, tỷ lệ phần trăm, kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ và hình vẽ bằng phần mềm SPSS 27.0 và Microsoft Excel 2016. Thang đo Likert được sử dụng để đánh giá mức độ cung cấp các hoạt động dược lâm sàng với 1 = không bao giờ, 2 = hiếm khi, 3 = thỉnh thoảng, 4 = thường xuyên, 5 = rất thường xuyên.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu và được chấp nhận của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

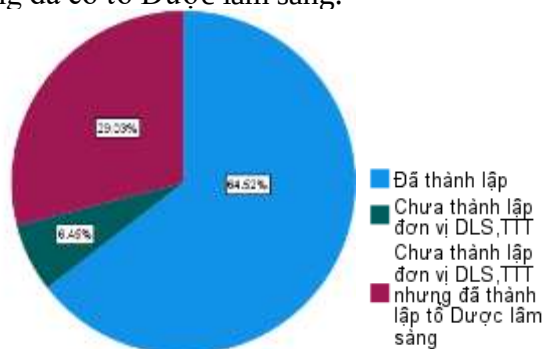
3.1. Khảo sát thực trạng triển khai hoạt động Dược lâm sàng tại các bệnh viện, trung tâm Y tế tại Nghệ An năm 2023

Bảng 1 cho thấy các bệnh viện tham gia khảo sát: Có 45,1% bệnh viện, trung tâm Y tế huyện; 32,3% bệnh viện tuyến Tỉnh; 22,6% bệnh viện tư nhân. Trong đó, bệnh viện hạng 3 chiếm 58,1%. Giường kế hoạch có giá trị trung bình là $372,9 \pm 80,5$, số dược sĩ trong tổ dược lâm sàng/TTT là 3 (2 -4).

Bảng 1. Đặc điểm các bệnh viện, trung tâm Y tế tham gia khảo sát

Đặc điểm	n	%
Tuyến bệnh viện	Tỉnh	10 32,3
	Huyện	14 45,1
	Tư nhân	7 22,6
	Tổng	31 100
Loại bệnh viện	Chuyên khoa	9 29
	Đa khoa	22 71
	Tổng	31 100
Hạng bệnh viện	Hạng 1	4 12,9
	Hạng 2	9 29
	Hạng 3	18 58,1
	Tổng	31 100
Giường kế hoạch	Lớn nhất	2300
	Nhỏ nhất	100
	TB	372,9 ± 80,5
Nguồn nhân lực Dược Trung vị (Tứ phân vị)	Dược sĩ Đại học	4 (3-6)
	Dược sĩ trung học	0 (0 - 0)
	Dược sĩ cao đẳng	5 (4 - 11)
	Số dược sĩ trong tổ DLS/TTT	3 (2 -4)

Có 64,52% bệnh viện tham gia khảo sát đã thành lập đơn vị Dược lâm sàng TTT; 29,03% bệnh viện chưa thành lập đơn vị Dược lâm sàng, TTT; 6,45% bệnh viện chưa thành lập đơn vị Dược lâm sàng, TTT nhưng đã thành lập tổ Dược lâm sàng.

**Hình 1. Thành lập đơn vị dược lâm sàng**

Mức độ của DSLS tham gia các hoạt động DLS tham gia với sự đánh giá của các lãnh đạo khoa Dược các bệnh viện, trung tâm Y tế. Tỷ lệ các hoạt động của DSLS được trình bày ở các bảng 2,3,4,5 dưới đây: Hoạt động xây dựng, sửa đổi quy trình chuyên môn đến sử dụng thuốc chủ yếu là xây dựng hướng dẫn điều trị (chiếm 67,8%). Hoạt động giám sát sử dụng thuốc chủ yếu là quy trình giám sát ADR (chiếm 96,7%) và quy trình thông tin thuốc (chiếm 100%). Hoạt động nghiên cứu khoa học chủ yếu là nghiên cứu đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện (chiếm 54,9%).

Bảng 2. Mức độ của DSLS tham gia các hoạt động chuyên môn

Hoạt động DLS	Mức độ					Tổng (n, %)
	Rất thường xuyên (n, %)	Thường xuyên (n, %)	Thỉnh thoảng (n, %)	Hiếm khi (n, %)	Không bao giờ (n, %)	
Hội đồng thuốc điều trị	21 (67,7)	6 (19,4)	3 (9,7)	0 (0)	1 (3,2)	31 (100)
Hội đồng khoa học bệnh viện	4 (12,9)	17 (54,8)	9 (29,0)	1 (3,2)	0 (0)	31 (100)
Quản lý chất lượng	6 (19,4)	17 (54,8)	5 (16,1)	2 (6,5)	1 (3,2)	31 (100)
Kiểm soát nhiễm khuẩn	4 (12,9)	10 (32,3)	13 (41,9)	4 (12,9)	0 (0)	31 (100)
An toàn người bệnh	2 (6,5)	11 (35,5)	9 (29,0)	6 (19,4)	3 (9,7)	31 (100)
Quản lý vệ sinh bệnh viện	0 (0)	7 (22,6)	13 (41,9)	7 (22,6)	4 (12,9)	31 (100)
Dinh dưỡng	1 (3,2)	4 (12,9)	11 (35,5)	10 (32,3)	5 (16,1)	31 (100)

Tỉ lệ các hoạt động chuyên môn của DSLS được thực hiện ở mức độ rất thường xuyên và thường xuyên của DSLS chủ yếu là hội đồng thuốc điều trị (chiếm 87,1%), tiếp theo là quản lý chất lượng và hội đồng khoa học bệnh viện lần lượt là 74,2%; 67,7%.

Bảng 3. Mức độ của DSLS tham gia các hoạt động xây dựng, sửa đổi quy trình chuyên môn đến sử dụng thuốc

Hoạt động DLS	Mức độ					Tổng (n, %)
	Rất thường xuyên (n, %)	Thường xuyên (n, %)	Thỉnh thoảng (n, %)	Hiếm khi (n, %)	Không bao giờ (n, %)	
Xây dựng hướng dẫn điều trị	3 (9,7)	18 (58,1)	9 (29,0)	1 (3,2)	0 (0)	31 (100)
QT giám sát các thuốc cần chia liều	2 (6,5)	15 (48,4)	9 (29,0)	3 (9,7)	2 (6,5)	31 (100)
QT kỹ thuật tại Bệnh viện	3 (9,7)	15 (48,4)	8 (25,8)	4 (12,9)	1 (3,2)	31 (100)
QT pha chế/chia nhỏ thuốc	2 (6,5)	10 (32,3)	8 (25,8)	6 (19,4)	5 (16,1)	31 (100)
QT sử dụng nuôi dưỡng tĩnh mạch	1 (3,2)	3 (9,7)	8 (25,8)	10 (32,3)	9 (29,0)	31 (100)

Tỉ lệ các hoạt động xây dựng, sửa đổi quy trình chuyên môn đến sử dụng thuốc của DSLS được thực hiện ở mức độ rất thường xuyên và thường xuyên của DSLS chủ yếu là xây dựng hướng dẫn điều trị (chiếm 67,8%), tiếp đến là hoạt động xây dựng QT giám sát các thuốc cần chia liều và QT kỹ thuật tại Bệnh viện có tỷ lệ lần lượt là 54,9% và 57,4%.

Bảng 4. Mức độ của DSLS tham gia các hoạt động giám sát sử dụng thuốc

Hoạt động DLS	Mức độ					Tổng (n, %)
	Rất thường xuyên (n, %)	Thường xuyên (n, %)	Thỉnh thoảng (n, %)	Hiếm khi (n, %)	Không bao giờ (n, %)	
QT giám sát ADR	13 (41,9)	17 (54,8)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	31 (100)
QT thông tin thuốc	12 (38,7)	19 (61,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	31 (100)
QT giám sát ME	6 (19,4)	12 (38,7)	7 (22,6)	4 (12,9)	2 (6,5)	31 (100)

Tỉ lệ các hoạt động giám sát sử dụng thuốc của DSLS được thực hiện ở mức độ rất thường xuyên và thường xuyên của DSLS chủ yếu là quy trình giám sát ADR (chiếm 96,7%) và quy trình thông tin thuốc (chiếm 100%).

Bảng 5. Mức độ của DSLS tham gia hoạt động nghiên cứu khoa học

Hoạt động DLS	Mức độ					Tổng (n,%)
	Rất thường xuyên (n,%)	Thường xuyên (n,%)	Thỉnh thoảng (n,%)	Hiếm khi (n,%)	Không bao giờ (n,%)	
Nghiên cứu đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện	3 (9,7)	14 (45,2)	11 (35,5)	2 (6,5)	1 (3,2)	31 (100)
Nghiên cứu công tác cải tiến công tác Dược lâm sàng	0 (0)	9 (29,0)	14 (45,2)	6 (19,4)	2 (6,5)	31 (100)
Nghiên cứu tham gia thử nghiệm lâm sàng	0 (0)	0 (0)	2 (6,5)	3 (9,7)	26 (83,9)	31 (100)
Nghiên cứu quy trình giám sát	0 (0)	6 (19,4)	9 (29,0)	9 (29,0)	7 (22,6)	31 (100)

Tỉ lệ các hoạt động nghiên cứu khoa học của DSLS được thực hiện ở mức độ rất thường xuyên và thường xuyên của DSLS chủ yếu nghiên cứu đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện (chiếm 54,9%). Chữ viết tắt: DSLS: Dược sĩ lâm sàng, QT: Quy trình, ADR: Phản ứng có hại của thuốc, ME: Sai sót liên quan đến thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát thực trạng triển khai hoạt động Dược lâm sàng tại các bệnh viện, trung tâm Y tế tại Nghệ An năm 2023

Bảng 1 cho thấy nhóm bệnh viện đưa vào nghiên cứu chủ yếu là bệnh viện hạng 3 và loại bệnh viện là đa khoa. Điều này cũng dẫn đến việc đánh giá hoạt động dược lâm sàng cũng có một số vấn đề bất cập. Lý do là việc phân hạng bệnh viện là cơ sở để định hướng hoạt động dược lâm sàng. Kết quả Bảng 1 cũng chỉ ra số lượng DSLS trong nghiên cứu có tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự năm 2020, số lượng CP trung bình là 2 (1 – 4) [3]. Điều này cho thấy, các bệnh viện đảm bảo số lượng DSLS theo Khoản 2, Điều 3, Chương II - Nghị định 131/2020/NĐ – CP quy định

số người phụ trách công tác dược lâm sàng và người làm công tác dược lâm sàng [2].

Biểu đồ hình 1. Cho thấy các bệnh viện đã đảm bảo được quy định khoản I, Điều 3, chương II – Nghị định 131/2020 về điều kiện bắt buộc thành lập đơn vị Dược lâm sàng hoặc tổ dược lâm sàng tại các cơ sở khám chữa bệnh.

Khảo sát mức độ hoạt động DLS của các bệnh viện và Trung tâm Y tế thông qua các lãnh đạo khoa Dược cũng chỉ ra rằng hoạt động chuyên môn Hội đồng thuốc điều trị có mức độ rất thường xuyên và thường xuyên chiếm tỷ lệ chủ yếu. Điều này cho thấy về cơ bản các DSLS đã nhận thức rõ được vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị. Đây là hoạt động mang tính chất chiều sâu quyết định nhiều trong hoạt động điều trị. Hoạt động chuyên môn này quy định rất rõ ở Thông tư 22/2011/TT – BYT – Quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện, cụ thể: Mục b, khoản 2, Điều 11 – DSLS có nhiệm vụ tư vấn về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý cho Hội đồng Thuốc và điều trị, cán bộ y tế và người bệnh; mục b, khoản 4, Điều 6 – DSLS phối hợp với Hội đồng Thuốc và điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh xây dựng quy

trình giám sát sử dụng thuốc có khoảng điều trị hẹp...

Hoạt động xây dựng, sửa đổi quy trình chuyên môn đến sử dụng thuốc còn ở mức thấp, mặc dù các hoạt động này là hoạt động thường quy và bắt buộc được quy định rõ trong Luật Dược 105/2016/QH13 và Nghị định 131/2020/NĐ – CP [2], [4]. Lý do có thể là các DSLS còn hạn chế về kỹ năng để xây dựng, hướng dẫn các quy trình. Để cải thiện vấn đề này, các DSLS cần tìm tòi, học hỏi kinh nghiệm các Bệnh viện như Bệnh viện Bạch Mai, Vinmec... và tham gia các lớp đào tạo liên tục về Dược lâm sàng.

Trong 31 bệnh viện tham gia khảo sát, nhóm thuốc kháng sinh là nhóm thuốc được xây dựng Hướng dẫn/QT phổ biến nhất. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Việt Nam là một trong những quốc gia chứng kiến mối đe dọa kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Bên cạnh đó, Quyết định 5631/QĐ – BYT về việc ban hành Hướng dẫn thực hiện sử dụng kháng sinh trong bệnh viện cũng quy định rõ trách nhiệm của Trường khoa Dược trong quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện.

QT giám sát ADR và QT thông tin thuốc là các hoạt động giám sát sử dụng thuốc mà các DSLS thực hiện thường xuyên nhất. Đây cũng là một trong những hoạt động cần thiết được quy định rõ trong Nghị định 131/2020/NĐ – CP nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cũng như phát hiện những phản ứng có hại khi dùng thuốc để có hướng xử trí kịp thời [4]. Hoạt động thông tin thuốc là hoạt động đóng vai trò quan trọng và cơ bản, là hoạt động DSL dễ tiếp cận nhất, dễ đào tạo và nếu cung cấp tốt sẽ dự phòng hạn chế sai sót thuốc khi dùng thuốc trong điều trị. Tuy nhiên, hoạt động tham gia QT giám sát ME chưa được chú trọng. Quy trình giám sát ME

là một quy trình rất quan trọng và rất cần thiết trong sử dụng thuốc. Có thể là do đây là vấn đề nhạy cảm. Tuy nhiên, các DSLS cần nhận thức rõ vấn đề sai sót trong sử dụng thuốc ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và tính mạng của BN.

Hoạt động nghiên cứu khoa học của DSLS chủ yếu là nghiên cứu đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện (chiếm 54,9%). Có rất nhiều nghiên cứu đánh giá về sử dụng thuốc tại bệnh viện như nghiên cứu tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An: Phân tích tình hình sử dụng thuốc giảm đau tại chỗ; Khảo sát tình hình sử dụng thuốc chống đông trên bệnh nhân thay khớp 6 tháng đầu năm 2021...và nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt Nghệ An: Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trước khi khám bệnh tại Bệnh viện Mắt Nghệ An. Theo nhận định của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2011, thực trạng sử dụng thuốc bất hợp lý đang là vấn đề rất nghiêm trọng, mang tính toàn cầu. Một số hậu quả điển hình của việc sử dụng thuốc bất hợp lý là nguy cơ tăng các biến cố bất lợi của thuốc không đáng có, tăng tỷ lệ nhập viện cũng như tỷ lệ tử vong và gia tăng gánh nặng kinh tế. Để can thiệp một cách có hiệu quả nhằm nâng cao tính hợp lý trong sử dụng thuốc cần có các nghiên cứu khảo sát, phân tích, đánh giá sử dụng thuốc tại Bệnh viện. Bên cạnh đó, hoạt động tham gia nghiên cứu khoa học của DSLS là một trong 7 hoạt động DLS được quy định tại mục 7, Điều 80, chương IX trong Luật Dược 105/2016/QH 13 [2].

4.2. Đề xuất giải pháp nâng cao hoạt động Dược lâm sàng tại các bệnh viện, trung tâm Y tế tại Nghệ An năm 2023

Giải pháp phát triển cơ sở vật chất: Các lãnh đạo Khoa Dược các bệnh viện cần tận dụng mối quan tâm của Bộ Y tế về việc nâng

cao chất lượng khám chữa bệnh, chủ trương tăng cường đầu tư kinh phí, trang thiết bị cho bệnh viện, đặc biệt là khoa Dược bệnh viện. Tham mưu, tư vấn cho ban giám đốc bệnh viện tăng cường diện tích của khoa Dược bệnh viện để triển khai, bố trí đầy đủ các tổ chuyên môn. Đặc biệt quan tâm xây dựng các phòng chức năng đáp ứng quy định của bộ Y tế. Tăng cường đầu tư thiết bị cho khoa Dược, xây dựng mô hình Dược lâm sàng. Phần mềm ứng dụng trong công tác quản lý luôn được cập nhật, điều chỉnh đáp ứng yêu cầu pháp luật hiện hành.

Giải pháp phát triển tổ chức: Tận dụng cơ hội Bộ Y tế quan tâm phát triển công tác dược bệnh viện bằng một loạt các văn bản quy phạm pháp luật về cơ cấu tổ chức khoa dược bệnh viện, hoạt động khoa dược bệnh viện. Lãnh đạo khoa Dược cần có quy định cụ thể trong việc phân công tổ chức cũng như việc quản trị nguồn nhân lực nên chuẩn hóa thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế. Đồng thời đẩy mạnh công tác đào tạo cũng như nghiên cứu khoa học tại bệnh viện.

Giải pháp phát triển nhân sự: Để khoa Dược thực hiện tốt công tác Dược lâm sàng đòi hỏi lực lượng nhân sự phải đầy đủ về mặt số lượng cũng như chất lượng và kỹ năng mềm cần thiết. Cố gắng đáp ứng số lượng dược sỹ lâm sàng chiếm trên 30% tổng số dược sỹ khoa Dược. Lãnh đạo các khoa Dược cần đề xuất ý kiến áp dụng hợp đồng làm việc bán thời gian với các dược sỹ có trình độ chuyên môn và năng lực về dược lâm sàng. Ví dụ như: Các dược sỹ tốt nghiệp thạc sỹ Dược sỹ - Dược lâm sàng giảng dạy tại trường Đại học Y khoa Vinh.

V. KẾT LUẬN

Triển khai tốt các hoạt động dược lâm sàng tại các bệnh viện nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị bệnh và giảm thiểu nguy cơ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016), Quyết định về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam ngày 18 tháng 01 năm 2016.
2. **Chính phủ** (2020), Nghị định 131/2020/NĐ – CP Quy định về tổ chức, hoạt động dược lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. **Hai-Yen Nguyen-Thi, Thuy-Tram Nguyen-Ngoc et al**, Current status of clinical pharmacy workforce, services and clinical pharmacist recruitment in Ho Chi Minh City, Vietnam; Int J Health Plann Manage 2020 Sep;35(5):1205-1218
4. **Luật Dược 105/2016/QH13.**
5. **Raehl CL Bond CA, Franke T.**, Clinical Pharmacy Services, Hospital Pharmacy Staffing, and Medication, Errors in United States Hospitals. Pharmacotherapy 2002; 22:134-47.
6. **Raehl CL.** Clinical Pharmacy Services Bond CA, Pharmacy Staffing, and Adverse Drug Reactions in, United States Hospitals. Pharmacotherapy 2006;26:735-47.
7. **Raehl CL Bond CA, Franke T.**, Interrelationships among Mortality Rates, Drug Costs, Total Cost of Care, and Length of Stay in United States Hospitals: Summary and Recommendations for Clinical Pharmacy, Services and Staffing. Pharmacotherapy 2001;21:129-41.
8. **Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh** (2020), Tài liệu đào tạo liên tục Hướng dẫn hoạt động Dược lâm sàng tại bệnh viện, NXB Y học.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CÓ NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Phạm Trần Văn Co¹, Cao Thị Thủy¹,
Đặng Thị Soa¹, Nguyễn Thu Hằng¹

TÓM TẮT.

Sử dụng kháng sinh hợp lý là một trong những vấn đề cần quan tâm hiện nay. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trên ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có nhiễm khuẩn. 43,4% mẫu bệnh phẩm có *Pseudomonas aeruginosa*; 31,6% có *Acinetobacter baumannii*. Vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* có tỷ lệ kháng các kháng sinh cao nhất, dao động từ 7-17%. Sau khi có kết quả kháng sinh đồ, 33,8% sử dụng kháng sinh đơn độc. Các phác đồ kết hợp phổ biến là β – lactam và chất ức chế β – lactamase và β – lactam kết hợp quinolon. Nghiên cứu sẽ góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, vi khuẩn, kháng kháng sinh, *Acinetobacter baumannii*.

SUMMARY

ANTIBIOTICS USE AMONG PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF COPD: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Rational use of antibiotics require urgent attention. A cross-sectional study was conducted to assess antibiotic patterns in patients

experiencing acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The study found that 43.4% of the samples were infected with *Pseudomonas aeruginosa* and 31.6% with *Acinetobacter baumannii*. Notably, *Acinetobacter baumannii* exhibited the highest antibiotic resistance rates, ranging from 7% to 17%. Following the antibiotic susceptibility test results, 33.8% of patients were treated with antibiotics alone. The most common combination therapies included β -lactam with a β -lactamase inhibitor and β -lactam combined with quinolone. This study's findings are crucial for enhancing the effectiveness of treatments for acute exacerbations of COPD.

Keywords: acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, bacteria, antibiotic resistance, *Acinetobacter baumannii*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong ba nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Ước tính năm 2019 trên thế giới có khoảng 3,23 triệu người tử vong vì BPTNMT, trong đó gần 90% là những người dưới 70 tuổi ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1]. BPTNMT thường kéo dài, nặng dần theo thời gian với các đợt cấp xen kẽ các giai đoạn ổn định. Đợt cấp là nguyên nhân chính khiến nhập viện và tử vong ở bệnh nhân BPTNMT [2]. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân nhập viện đợt cấp lên đến 40%. Đặc biệt tỷ lệ này tăng cao ở những bệnh nhân

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hằng

SĐT: 0919710792

Email: thuhang@vmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

phải nhập viện nhiều lần vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [3],[4].

Vi khuẩn là một trong các nguyên nhân dẫn đến đợt cấp BPTNMT [5]. Đặc biệt bối cảnh gia hiện nay, sự gia tăng tình trạng kháng kháng sinh trên thế giới là mối đe dọa đáng kể làm giảm hiệu quả của kháng sinh. Chính vì vậy, việc sử dụng kháng sinh hợp lý và hiệu quả có vai trò rất quan trọng. Theo một nhóm nghiên cứu trên thế giới, *Pseudomonas aeruginosa* có tỷ lệ nhiễm là 14,5% trong đó 48,7% kháng đa kháng sinh. Tình trạng kháng carbapenem và polymyxin B ngày càng tăng cũng như gia tăng tỷ lệ sử dụng aminoglycoside, meropenem, ceftazidime và polymyxin B [6]. Việt Nam trong những năm gần đây đang đối mặt với mối đe dọa ngày càng gia tăng của tình trạng kháng kháng sinh [7].

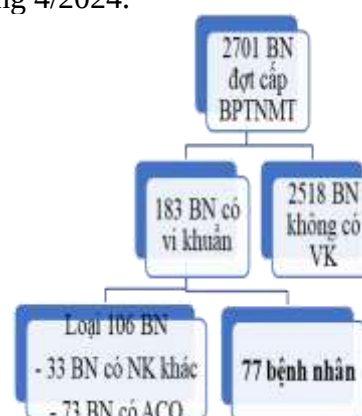
Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An là Bệnh viện hạng I, tuyến cuối cùng về khám, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An và khu vực Bắc Trung bộ. Năm 2023 và nửa đầu 2024, khoa Hô hấp của bệnh viện đã tiếp nhận điều trị 4.154 bệnh nhân trong đó có khoảng 2701 bệnh nhân mắc BPTNMT, bệnh nhân nhập viện đợt cấp nặng BPTNMT chiếm tỷ lệ cao (71,4%). Đây là thách thức lớn đối với các bác sĩ trong việc lựa chọn kháng sinh hợp lý để vừa đảm bảo hiệu quả trên bệnh nhân đồng thời giảm tỷ lệ kháng kháng sinh. Từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trên ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có nhiễm khuẩn tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT

theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của Bộ Y tế năm 2018 và 2023; (2) Phân lập được vi khuẩn bằng phương pháp nuôi cấy từ bệnh phẩm đường hô hấp (dịch mũi hoặc đờm); (3) Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh trong thời gian điều trị. Và tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân tử vong trong thời gian nghiên cứu; (2) Bệnh nhân BPTNMT có lao phổi tiến triển, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi, u phổi, thuyên tắc phổi, rối loạn nhịp tim nặng; (3) Bệnh nhân chong lẩn Hen – BPTNMT; (4) Bệnh nhân nhồi máu cơ tim, suy tim cấp; (5) Bệnh nhân mắc các nhiễm khuẩn khác.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện được tiến hành từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024.



Hình 1. Quy trình lựa chọn bệnh nhân

Thông tin được thu thập theo mẫu gồm định danh vi khuẩn trong đờm, kháng sinh đồ và tình hình sử dụng kháng sinh điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (tỷ lệ dùng các kháng sinh, phác đồ đơn độc, phối hợp, liều dùng, khoảng cách liều).

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y Khoa Vinh thông qua và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Nghệ An. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 77 bệnh nhân đợt cấp COPD.

Bảng 1. Định danh vi khuẩn trong mẫu đờm (n =77)

Vi khuẩn		n	%
Gram âm	Pseudomonas aeruginosa	33	42,9
	Acinetobacter baumannii	24	31,6
	Klebsiella pneumoniae	6	7,9
	Haemophilus influenzae	6	7,9
	Escherichia coli	3	3,9
	Proteus mirabilis	3	3,9
	Klebsiella aerogenes	2	2,6
	Stenotrophomonas maltophilia	1	1,3
	Acinetobacter junni	1	1,3
Gram dương	Staphylococcus aureus	3	3,9
	Streptococcus pneumoniae	2	2,6
	Staphylococcus hominis	1	1,3

Phần lớn các vi khuẩn cấy từ mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân là các vi khuẩn Gram âm. Trong 77 mẫu bệnh phẩm, Pseudomonas aeruginosa là vi khuẩn được cấy ra nhiều nhất (chiếm 42,9%); thứ hai là Acinetobacter baumannii (31,6%). Có 32/77 (chiếm 41,6%) bệnh nhân được sử dụng kháng sinh đơn độc theo kinh nghiệm ban đầu.

Các phác đồ kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là ceftizoxim (23,3%), cefoperazone/sulbactam (24,7%) và amoxicillin/ clavulanate (18,2%). Các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam và fluoroquinolon có tỷ lệ bị kháng từ 15-26%.

Vi khuẩn Acinetobacter baumannii kháng nhiều kháng sinh trong đó các kháng sinh bị kháng nhiều nhất là cotrimoxazol, fluoroquinolon và các kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 và 4. Sau khi có kết quả kháng sinh đồ, tỷ lệ sử dụng kháng sinh đơn độc là 33,8%. Các phác đồ kết hợp phổ biến là β – lactam và chất ức chế β – lactamase và β – lactam kết hợp quinolon.

Cefoperazone/sulbactam 2g mỗi 12 giờ là mức liều dùng phổ biến nhất (51,4%). Amoxicillin/clavulanat hay dùng liều 1,2g mỗi 12 giờ (41,4%) và liều 1,2g mỗi 8 giờ (44,8%). Levofloxacin thường dùng liều 750mg mỗi 24 giờ (43,8%) và liều 500mg mỗi 12 giờ (43,8%). Ciprofloxacin 400mg mỗi 12 giờ chiếm tỷ lệ 55,6%. Piperacillin/ tazobactam 4,5g mỗi 12 giờ (44%) và 4,5g mỗi 8 giờ (48%).

Bảng 2. Phác đồ sử dụng kháng sinh đơn độc và phối hợp theo kinh nghiệm (n=77)

Phác đồ		n	%
Kháng sinh đơn độc	ceftizoxim	18	23,3
	levofloxacin	7	9,1
	Khác	7	9,1
	Tổng	32	41,6
β – lactam kết hợp chất ức chế β – lactamase	cefoperazone/sulbactam	19	24,7
	amoxicillin/clavulanate	14	18,2
	piperacillin/tazobactam	5	6,5
	Tổng	38	49,4

Phác đồ		n	%
β – lactam kết hợp quinolon	cefoperazone/sulbactam + levofloxacin	5	6,5
	ticarcillin/acid clavulanic + ciprofloxacin	1	1,3
	piperacillin/tazobactam + ciprofloxacin	1	1,3
	Tổng	7	9,1

Bảng 3. Các kháng sinh bị kháng nhiều theo kết quả kháng sinh đồ (n=77)

Kháng sinh	n	%
cotrimoxazol	24	31,2
ciprofloxacin	20	26
levofloxacin	18	23,4
ceftazidime	17	22,1
ampicillin/sulbactam	15	19,5
ceftriaxon	15	19,5
cefepime	15	19,5
imipenem	15	19,5
piperacillin/tazobactam	12	15,6

Bảng 4. Tình hình kháng kháng sinh trên các mẫu bệnh phẩm phân lập được (n=77)

Vi khuẩn	Acinetobacter baumannii n (%)	Pseudomonas aeruginosa n (%)	Haemophilus influenzae n (%)
Kháng sinh			
cotrimoxazol	13 (16,9%)	0	3 (3,9%)
ciprofloxacin	12 (15,6%)	1 (1,3%)	0
levofloxacin	10 (13%)	2 (2,6%)	0
ceftazidime	12 (15,6%)	0	2 (2,6%)
ampicillin/sulbactam	6 (7,8%)	0	3 (3,9%)
ceftriaxon	8 (10,4%)	0	0
cefepime	11 (14,3%)	0	0
imipenem	9 (11,7%)	1 (1,3%)	0

Bảng 5. Phác đồ sử dụng kháng sinh đơn độc và phối hợp sau khi có kháng sinh đồ (n=7)

Phác đồ		n	%
Kháng sinh đơn độc	ceftizoxim	13	9,1
	levofloxacin	2	6,5
	cefoperazone	4	2,6
	Khác	7	9,1
	Tổng	26	33,8
β – lactam + chất ức chế β – lactamase	piperacilin/tazobactam	11	10,4
	amoxicilin/acid clavulanic	12	15,6
	cefoperazone/sulbactam	18	15,6
	Tổng	41	53,2
β – lactam kết hợp quinolon	cefepim + levofloxacin	1	1,3
	piperacilin/tazobactam + levofloxacin	3	3,9
	cefoperazone/sulbactam + levofloxacin	1	1,3
	Tổng	3	6,5
Khác		4	5,2
Tổng		77	100

Bảng 6. Liều dùng và chế độ liều của các kháng sinh được sử dụng

Tên thuốc	Chế độ liều	n	%
amoxicillin/clavulanat	1g mỗi 24 giờ	1	3,4
	1g mỗi 12 giờ	2	6,9
	1,2g mỗi 12 giờ	12	41,4
	1,2g mỗi 8 giờ	13	44,8
	750mg mỗi 24 giờ	1	3,4
	Tổng	29	100
cefoperazone/sulbactam	1,5g mỗi 24 giờ	3	8,6
	1,5g mỗi 12 giờ	9	25,7
	2g mỗi 24 giờ	5	14,3
	2g mỗi 12 giờ	18	51,4
	Tổng	35	100
levofloxacin	500mg mỗi 24 giờ	2	12,5
	500mg mỗi 12mg	7	43,8
	750mg mỗi 24 giờ	7	43,8
	Tổng	16	100
ciprofloxacin	400mg mỗi 24 giờ	3	33,3
	400mg mỗi 12 giờ	5	55,6
	500mg mỗi 12 giờ	1	11,1
	Tổng	9	100
imipenem	500mg mỗi 6 giờ	1	1,3
meropenem	1g mỗi 12 giờ	1	1,3
moxifloxacin	400mg mỗi 12 giờ	2	2,6
ticarcillin/acid clavulanic	3,1g mỗi 12 giờ	3	50
	3,1g mỗi 8 giờ	3	50
	Tổng	6	100
piperacillin/tazobactam	4,5g mỗi 12 giờ	11	44
	4,5g mỗi 8 giờ	12	48
	4,5g mỗi 6 giờ	2	15,4
	Tổng	25	100
ceftizoxim	1g mỗi 24 giờ	7	20,6
	1g mỗi 12 giờ	15	44,1
	1g mỗi 8 giờ	12	35,3
	Tổng	34	100
cefpodoxim	200mg mỗi 12 giờ	2	100
amikacin	750mg mỗi 24 giờ	2	100
cefepime	1g mỗi 12 giờ	2	100

IV. BÀN LUẬN

Trong 77 kết quả dương tính từ xét nghiệm đờm và các dịch đường hô hấp, 12 chủng vi khuẩn khác nhau đã phân lập được, các vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là *Pseudomonas aeruginosa* (43,4%), *Acinetobacter baumannii* (31,6%),

Haemophilus influenzae và *Klebsiella pneumoniae* chiếm 7,9%. Có thể thấy rõ vi khuẩn gram âm chiếm đa số. Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả thu được tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Mạch Mai năm 2016 và 2018, tác nhân thường gặp theo thứ tự giảm dần *Pseudomonas aeruginosa*,

Haemophilus influenzae, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, ...*Pseudomonas aeruginosa* hay còn gọi là trực khuẩn mủ xanh gram âm, thường gặp ở những bệnh nhân nằm lâu như BPTNMT. Các kháng sinh diệt *Pseudomonas* theo Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2018 và 2023 là: ciprofloxacin, cefepime, ceftazidim, piperacillin/tazobactam, carbapenem nhóm 2 hoặc phối hợp kháng sinh nhóm β – lactam với nhóm quinolon hoặc aminoglycosid [5]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền và các cộng sự cho thấy *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được kháng lại nhiều loại kháng sinh, trong đó đề kháng với cefepime chiếm tỷ lệ cao nhất [8]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả trái ngược: *Pseudomonas aeruginosa* nhạy cảm với hầu hết kháng sinh, kháng fluoroquinolon và imipenem với tỷ lệ khá thấp, dao động 1-3%. *Acinetobacter baumannii* là trực khuẩn gram âm trở thành mối lo ngại do khả năng kháng hầu hết với các kháng sinh quan trọng như cefepim, ceftazidim, piperacilin và piperacilin/tazobactam [9]. Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả kháng sinh bị kháng nhiều nhất là do *Acinetobacter baumannii* và vi khuẩn này kháng hầu hết các nhóm kháng sinh thường được dùng trong điều trị là fluoroquinolon và cephalosporin thế hệ 3-4. Bên cạnh đó, phương pháp điều trị tối ưu cho *A. baumannii*, đặc biệt là nhiễm khuẩn bệnh viện do nhiều chủng kháng thuốc vẫn chưa được thiết lập. Do đó, nên xây dựng quy trình sử dụng kháng sinh cụ thể có sự tư vấn của dược sĩ lâm sàng cho bệnh viện dựa vào tình trạng kháng kháng sinh tại cơ sở thực hành để đưa ra hướng dẫn cụ thể nhằm giúp đỡ bác sĩ lâm sàng đưa ra các lựa chọn kháng sinh phù hợp với bối cảnh lâm sàng.

Hai nhóm kháng sinh được ưu tiên sử dụng theo kinh nghiệm là β – lactam và fluoroquinolon.

Trong đó, cefoperazone/sulbactam là cephalosprin thế hệ 3 và levofloxacin là quinolon thế hệ 3 được sử dụng nhiều nhất theo kinh nghiệm cũng như theo kết quả kháng sinh đồ. Điều này hoàn toàn phù hợp với Hướng dẫn của Bộ Y tế, cụ thể là trong điều trị đợt cấp BPTNMT mức độ trung bình hoặc nặng và phải nhập viện, cũng như kết quả kháng sinh đồ thu được trong mẫu nghiên cứu. Việc ưu tiên nhóm β – lactam hơn so với nhóm fluoroquinolon phù hợp với khuyến cáo của Cục quản lý Dược Việt Nam hạn chế dùng cho đợt cấp BPTNMT do quinolon có khả năng gây các biến chứng (tuy hiếm gặp nhưng gây tàn phế) ở gân, cơ, xương, hệ thần kinh trung ương hoặc có nguy cơ cao vỡ phình động mạch lớn (tăng lên ở người lớn tuổi, bệnh thận mạn hoặc đang dùng glucocorticoid toàn thân [6], [9]).

Theo kết quả kháng sinh đồ, có 85,7% chỉ định sử dụng kháng sinh hợp lý. Đó là những bệnh nhân sử dụng kháng sinh có phổ trên vi khuẩn được định danh và phù hợp với Hướng dẫn của bộ Y tế. Số chỉ định không hợp lý sau khi có kết quả kháng sinh đồ là 12,5% tương ứng với 11 bệnh nhân, trong đó 8 trường hợp được chỉ định kháng sinh đã bị kháng theo kết quả KSD. Trên thực tế, 8 trường hợp này mẫu bệnh phẩm cấy ra được vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* đa kháng thuốc, trong đó đã kháng tất cả các kháng sinh được thử. Bên cạnh đó, kết quả kháng sinh đồ có rất muộn, thường là sau khi bệnh nhân đã điều trị 5-7 ngày. Vì vậy, nếu xét về lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh nhân có đáp ứng với điều trị sẽ được giữ nguyên phác đồ ban đầu, không đổi theo kết quả kháng sinh đồ và được theo dõi đáp ứng trong quá trình điều trị. Hoặc có thể bệnh nhân đã được đổi phác đồ trước khi có kết quả KSD và đang đáp ứng với điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 48,1% bệnh nhân có thay đổi về kháng sinh sau 72 giờ có 23,4% bệnh nhân thay đổi loại kháng sinh, 100% bệnh nhân trong nghiên

cứu giảm đỡ bệnh khi ra viện. Mặt khác, việc thay đổi phác đồ còn phụ thuộc vào tình hình thuốc sẵn có tại bệnh viện để có thể lựa chọn kháng sinh phù hợp sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Có 3 trường hợp chỉ định không hợp lý do bệnh nhân được sử dụng kháng sinh không có phổ tác dụng trên vi khuẩn được định danh: 01 bệnh nhân nhiễm *Acinetobacter baumannii* và được chỉ định amoxicillin/clavulanat và 02 bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* và được chỉ định amoxicillin/clavulanat. Trên thực tế, 3 bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng trong 72 giờ sau khi nhập viện và trong những tình huống đó bệnh nhân vẫn được sử dụng các kháng sinh như ban đầu. Điều này có thể lý giải kết quả vì sinh có thể có sự sai lệch với thực tế. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi 10 bệnh nhân có chức năng thận suy giảm nhẹ và 1 bệnh nhân chức năng thận suy giảm nhẹ đến trung bình. Hầu hết 11 bệnh nhân này được sử dụng các kháng sinh nhóm β – lactam, chỉ có 1 bệnh nhân sử dụng nhóm quinolon (levofloxacin) và được theo dõi kỹ càng trong quá trình điều trị với mức liều 750mg mỗi 24 giờ.

Đối chiếu với thông tin liều dùng trong Dược thư quốc gia 2022, có 96,1% liều dùng hợp lý theo kinh nghiệm và 100% liều dùng hợp lý sau khi có kết quả KSĐ. Khi đưa thuốc vào cơ thể sẽ xảy ra các giai đoạn hấp thu, phân bố, chuyển hoá và thải trừ. Tuy nhiên đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu được dùng đường tiêm truyền tĩnh mạch. Kháng sinh được truyền trực tiếp vào máu và bỏ qua giai đoạn hấp thu. Chính vì vậy, nồng độ kháng sinh trong máu phải đạt giá trị đủ để có tác dụng điều trị nhưng không được cao quá ngưỡng cho phép để tránh gây sốc thuốc và các tác dụng không mong muốn khác. Việc sử dụng kháng sinh đúng liều góp phần mang lại hiệu quả cao trong điều trị, tăng sinh khả dụng và tăng khả năng diệt khuẩn trên bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 24,7% bệnh nhân

được tăng liều dùng. Việc tăng liều trên những bệnh nhân này được giải thích là do các bệnh nhân nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc. Kháng sinh β – lactam là nhóm kháng sinh phụ thuộc nồng độ và thời gian trên MIC. Chính vì vậy việc tăng liều nhằm đảm bảo nồng độ thuốc trong máu trên MIC cũng như kéo dài thời gian duy trì nồng độ trên MIC, làm tăng hiệu quả điều trị. Trong trường hợp bệnh nhân từ khoa khác chuyển đến hoặc vào viện nhiều lần trong năm vì đợt cấp BPTNMT, liều duy trì có thể sẽ được dùng lại trong phác đồ khởi đầu do có dữ liệu về thuốc đã từng dùng trên bệnh nhân. Bên cạnh đó, liều dùng của các kháng sinh đã được khoa Dược hướng dẫn chi tiết, có thông tin về tờ hướng dẫn sử dụng đầy đủ trên phần mềm chung của bệnh viện và sẽ được hội chẩn khi cần.

Hạn chế của nghiên cứu là chỉ được thực hiện ở một trung tâm duy nhất với phương pháp lấy mẫu thuận tiện phi xác suất và cỡ mẫu nhỏ hơn. Vì vậy, những phát hiện của chúng tôi có thể không mang tính đại diện, do đó kết quả này không thể dùng để ngoại suy cho tình hình sử dụng kháng sinh trên các bệnh nhân mắc đợt cấp COPD có nhiễm khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đưa ra kết quả về tỷ lệ kháng kháng sinh cũng như tình hình sử dụng các kháng sinh theo kinh nghiệm và kháng sinh đồ. Những kết quả này có thể sẽ góp phần xây dựng phương pháp điều trị hiệu quả. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng nhấn mạnh đến việc xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh dựa trên tình trạng kháng kháng sinh nhằm hỗ trợ bác sĩ trong lựa chọn kháng sinh phù hợp bối cảnh lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2020), “Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

2. S. Suissa et al. (2012), “Long-term natural history of chronic obstructive pulmonary disease: severe exacerbations and mortality,” Thorax, vol. 67, no. 11, pp. 957–963, doi: 10.1136/THORAXJNL-2011-201518.
3. G. C. Khilnani et al. (2019), “Predictors and microbiology of ventilator-associated pneumonia among patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease,” Lung India, vol. 36, no. 6, p. 506, doi: 10.4103/LUNGINDIA.LUNGINDIA_13_19.
4. S. A. J. Schmidt et al (2014)., “The impact of exacerbation frequency on mortality following acute exacerbations of COPD: a registry-based cohort study,” BMJ Open, vol. 4, no. 12, pp. 1–7, 2014, doi: 10.1136/BMJOPEN-2014-006720.
5. Bộ Y tế (2023), “Quyết định 2767/QĐ-BYT 2023 chẩn đoán, điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”
6. Á. C. da S. Ribeiro et al (2020), “Pseudomonas aeruginosa in the ICU: prevalence, resistance profile, and antimicrobial consumption,” Rev Soc Bras Med Trop, vol. 53, doi: 10.1590/0037-8682-0498-2018.
7. World Health Organization (WHO), “Kháng kháng sinh,” 2020.
8. Nguyễn Thị Huyền và các cộng sự (2023), “Mức độ kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa phân lập được tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 2017-2014,” Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 523, no. 1, pp. 115–118.
9. Dao, D.T., Le, H.Y., Nguyen, M.H. et al (2024), “Spectrum and antimicrobial resistance in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease with pneumonia: a cross-sectional prospective study from Vietnam”. BMC Infect Dis 24, 622, <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09515-6>.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH CẤP CỦA CAO LÔNG PHONG TÊ THẤP TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Lại Thị Ngọc Anh¹, Ngô Thị Mỹ Bình¹, Vũ Việt Tân¹,
Nguyễn Ngọc Bảo Châu¹, Dương Ngọc Ngà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dựa trên cơ sở nghiên cứu thành phần và định danh cây thuốc, đánh giá hoạt tính sinh học và tối ưu hoá quy trình bào chế các dược liệu có trong những bài thuốc gia truyền có tác dụng điều trị đau nhức xương khớp, cao lông phong tê thấp (PTT) được bào chế tại trường Đại

học Y – Dược Thái Nguyên với công dụng: giúp cơ thể lưu thông khí huyết, đặc biệt giảm đau nhức xương khớp, đau thần kinh tọa, mỏi cơ, cứng cơ, tê bì chân tay, tan máu đông, giải cảm, giải độc..., tuy nhiên vẫn chưa có các nghiên cứu trên thực nghiệm để đánh giá tính an toàn của bài thuốc này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá độc tính cấp của cao lông Phong tê thấp trên động vật thực nghiệm.

Phương pháp nghiên cứu: Xác định độc tính cấp của thuốc bằng phương pháp Litchfield – Wilcoxon trên chuột nhắt trắng dòng Swiss. Các dấu hiệu nhiễm độc tính cấp của chuột hoặc chuột chết được theo dõi trong 72 giờ sau khi uống lông PTT. **Kết quả:** cho chuột uống các liều 100g/kg, 125g/kg, 155g/kg, 190g/kg, 240g/kg và liều tối

¹Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Ngọc Anh
SĐT: 0984558563
Email: laithingocanh@tnmc.edu.vn
Ngày nhận bài: 31/8/2024
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024
Ngày duyệt bài: 02/10/2024

đa là 300g/kg thể trọng (gấp 27,8 lần liều tương đương liều điều trị đã quy đổi từ liều trên người sang liều trên chuột nhắt trắng), không xác định được LD₅₀ của thuốc. **Kết luận:** cao lỏng PTT an toàn trong nghiên cứu đánh giá độc tính cấp trên đường uống ở chuột nhắt trắng

Từ khoá: Độc tính cấp, Cao lỏng PTT, phong tê thấp, chuột nhắt.

SUMMARY

EVALUATION OF ACUTE TOXICITY OF PTT LIQUID EXTRACT IN EXPERIMENTAL ANIMALS

Background: Based on the research on the composition and identification of medicinal plants, evaluation of biological activity and optimization of the preparation process of medicinal herbs in traditional medicine "rheumatism", rheumatism liquid extract (PTT) was prepared at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy with the following uses: helping the body to circulate blood, especially reducing bone and joint pain, sciatica, muscle fatigue, muscle stiffness, numbness in limbs, dissolving blood clots, relieving colds, detoxifying..., however, there have been no experimental studies to evaluate the safety of this medicine. **Objectives:** To evaluate the acute toxicity of rheumatism liquid extract on experimental animals. **Material and method:** To determine the acute toxicity of the drug by the Litchfield - Wilcoxon method on Swiss white mice. Signs of acute toxicity in mice or dead mice were monitored for 72 hours after drinking PTT liquid. **Results:** mice were given oral doses of 100g/kg, 125g/kg, 1555g/kg, 190g/kg, 240g/kg and a maximum dose of 300g/kg body weight (27.8 times the equivalent therapeutic dose converted from human dose to white mouse dose), the LD₅₀ of the drug could not be determined. **Conclusions:** PTT liquid extract is safe in the study of acute oral toxicity in white mice.

Keywords: Acute toxicity, PTT liquid extract, rheumatism, mice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nguồn tài nguyên thực vật phong phú và đa dạng ở Việt Nam, cây thuốc có một vị trí và vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Trải qua hàng nghìn năm lịch sử, ông cha ta đã tích lũy được nhiều kinh nghiệm về điều trị và phòng bệnh bằng bài thuốc của dân gian rất có hiệu quả.

Các bài thuốc gia truyền điều trị thấp khớp có tác dụng giúp cơ thể lưu thông khí huyết, đặc biệt giảm đau nhức xương khớp, đau thần kinh tọa, mỏi cơ, cứng cơ, tê bì chân tay, tan máu đông, giải cảm, giải độc... Đồng thời, các bài thuốc này có tác dụng tốt đối với phụ nữ sau sinh, ngăn ngừa hậu sản,... Dựa trên cơ sở nghiên cứu thành phần và định danh cây thuốc, đánh giá hoạt tính sinh học và tối ưu hoá quy trình bào chế các dược liệu có trong những bài thuốc gia truyền, cao lỏng PTT được bào chế tại trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên bao gồm nhiều vị dược liệu như liên đằng hoa nhỏ, dây đau xương, mộc thông ta, ngũ gia bì gai... Đây là những vị dược liệu được sử dụng nhiều trong các bài thuốc cổ truyền với nhiều tác dụng đã được khoa học chứng minh như dây đau xương (*Tinospora sinensis*) đã phân lập được 57 hợp chất khác nhau, trong đó có nhiều hợp chất tác dụng chống viêm, chống oxy hoá, ức chế tạo anion superoxyd và giải phóng elastase [4]; ngũ gia bì gai (*Eleutherococcus trifolius*) có tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, chống oxy hoá và chống ung thư [3], [6]; thanh phong hoa nhỏ (*Sabia parviflora*) có tác dụng chống viêm, giảm đau nhờ cơ chế ức chế giải phóng yếu tố gây viêm, giảm biểu hiện của IL-1 β , IL-6, TNF- α , yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu và ức chế thêm biểu hiện của protein NF- κ B trong mô hoạt dịch [8]. Tuy

nhiên theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới, ngoại trừ các bài thuốc cổ phương được chiết xuất theo phương pháp truyền thống, tất cả các thuốc có nguồn gốc từ dược liệu đều phải đánh giá độc tính cấp và bán trường diễn trên động vật thực nghiệm trước khi đưa vào thử nghiệm trên người. Để khẳng định tính an toàn của bài thuốc và làm tiền đề cho những nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi tiến hành đề tài **“Đánh giá độc tính cấp của cao lỏng phong tê thấp trên động vật thực nghiệm”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Chế phẩm nghiên cứu

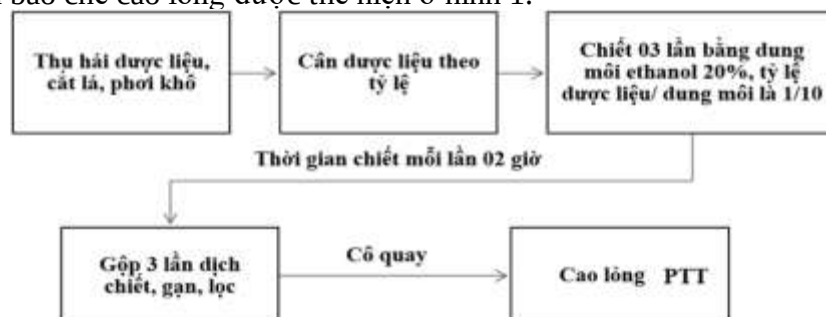
Dựa trên cơ sở nghiên cứu thành phần và định danh cây thuốc, đánh giá hoạt tính sinh học và tối ưu hoá quy trình bào chế các dược liệu có trong những bài thuốc gia truyền điều trị thấp khớp, cao lỏng PTT được bào chế tại trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên đạt tiêu chuẩn cơ sở. Cao lỏng PTT bao gồm 10 vị cây thuốc. Đặc điểm của các vị cây thuốc (tên khoa học, bộ phận dùng, tỷ lệ trong cao lỏng) được trình bày ở bảng 1 dưới đây:

Bảng 1: Tên khoa học, bộ phận dùng, tỷ lệ (%) của các cây thuốc trong cao lỏng PTT

STT	Tên cây thuốc	Tên khoa học	Bộ phận dùng	Tỷ lệ (%)
1	Liên đẳng hoa nhỏ	<i>Iligeria parviflora</i> Dunn	Thân cây	16.67
2	Dây đau xương	<i>Tinospora sinensis</i> (Lour.) Merr. Menispermaceae	Thân cây	6.67
3	Đũa chũn	<i>Piper</i> sp. Piperaceae	Thân cây	6.67
4	Mộc thông ta	<i>Iodes</i> sp. Icacinaceae	Thân cây	10.00
5	Dương đào Peletot	<i>Actinidia petelotii</i> Diels	Thân cây	6.67
6	Ngũ gia bì gai	<i>Eleutherococcus trifolius</i> (L.) S.Y.Hu Araliaceae	Thân cây	13.33
7	Móng bò	<i>Bauhinia</i> sp. Fabaceae	Thân cây	16.67
8	Câu đằng lá thon	<i>Uncaria lancifolia</i> Hutch.	Thân cây	6.67
9	Ráng đuôi phụng gần	<i>Drynaria propinqua</i> (Wall. ex Mett.) Bedd. Polypodiaceae	Thân cây	3.33
10	Thanh phong hoa nhỏ	<i>Sabia parviflora</i> Wall.	Thân cây	13.33

Theo y học cổ truyền, cao lỏng PTT có tác dụng: thanh nhiệt, bình can, trấn kinh. Chữa trẻ em hàn nhiệt kinh giản, người lớn đầu nhức mắt hoa.

Quy trình bào chế cao lỏng được thể hiện ở hình 1.



Hình 1: Quy trình bào chế cao lỏng PTT

2.1.2. Động vật dùng trong nghiên cứu

Chuột nhắt trắng dòng Swiss cả 2 giống, khoẻ mạnh, trọng lượng 20 ± 2 g, số lượng 60 con. Động vật được nuôi dưỡng trong điều kiện phòng thí nghiệm ít nhất 7 ngày trước khi làm thí nghiệm, ăn thức ăn theo tiêu chuẩn thức ăn cho động vật nghiên cứu, nước (đun sôi để nguội) uống tự do.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Xác định độc tính cấp và LD₅₀ của chế phẩm nghiên cứu (CPNC) theo phương pháp của Litchfield – Wilcoxon, được mô tả bởi Đỗ Trung Đàm [2], tham khảo các hướng dẫn của Bộ Y tế [1] và của Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế (Organization of Economic Co-operation and Development - OECD) [5] về đánh giá tính an toàn và hiệu lực của thuốc.

Chuột nhắt trắng 60 con, chia thành 6 lô, mỗi lô 10 con. Chuột được nhịn đói qua đêm nhưng vẫn cho uống nước tự do; sau đó cho chuột trong các lô uống các mẫu CPNC chia làm 3 lần/24 giờ, mỗi lần cách nhau 2 giờ với thể tích 0,2mL/10g thể trọng/lần. Các lô chuột nghiên cứu được uống CPNC với mức liều tăng dần từ liều thấp nhất là 100 g/kg thể trọng với bước nhảy liều giữa 2 lô liên tiếp là liều lớn bằng khoảng 125% liều nhỏ liền kề sát. Liều cao nhất được sử dụng trong nghiên cứu là 300 g/kg thể trọng (liều tối đa có thể dùng được bằng đường uống). Từ đó, tìm liều cao nhất không gây chết chuột (0%), liều thấp nhất gây chết chuột hoàn toàn (100%) và các liều trung gian.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tình trạng chung của chuột
- Quá trình diễn biến bắt đầu có dấu hiệu nhiễm độc (như nôn, co giật, kích động...)
- Số lượng chuột chết ở mỗi lô trong vòng 72 giờ sau khi cho chuột uống chế phẩm nghiên cứu lần cuối.
- Tiến hành phẫu tích quan sát tình trạng các tạng ngay sau khi có chuột chết (nếu có) để đánh giá đại thể các tổn thương của các cơ quan, xác định nguyên nhân gây độc. Nếu cần thiết có thể làm xét nghiệm vi thể một số phủ tạng.

- Xây dựng đồ thị tuyến tính để xác định LD₅₀ của thuốc thử.

- Tiếp tục theo dõi tình trạng chung của chuột (hoạt động, ăn uống, bài tiết...) ở mỗi lô cho đến hết 7 ngày sau khi uống cao lỏng PTT.

2.4. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Dược - Trường Đại học Y Dược- Đại học Thái Nguyên. Thời gian nghiên cứu từ 05/2024 – 08/2024.

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu thu được phân tích, xử lý trên phần mềm Excel 2021 và phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành trên động vật nghiên cứu là chuột nhắt trắng chủng Swiss, đặc điểm mẫu nghiên cứu được thể hiện ở bảng 02 dưới đây:

Bảng 2: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Lô chuột	Số lượng chuột	Cân nặng trung bình (g)	Thể trạng trước nghiên cứu
1	10	19.2 ± 1.08	Khoẻ mạnh, nhanh nhẹn, ăn uống, vận động, bài tiết bình thường
2	10	19.7 ± 1.56	Khoẻ mạnh, nhanh nhẹn, ăn uống, vận động, bài tiết bình thường
3	10	18.9 ± 0.97	Khoẻ mạnh, nhanh nhẹn, ăn uống, vận động, bài tiết bình thường
4	10	20.2 ± 1.43	Khoẻ mạnh, nhanh nhẹn, ăn uống, vận động, bài tiết bình thường
5	10	19.5 ± 0.85	Khoẻ mạnh, nhanh nhẹn, ăn uống, vận động, bài tiết bình thường
6	10	20.3 ± 1.16	Khoẻ mạnh, nhanh nhẹn, ăn uống, vận động, bài tiết bình thường

Trọng lượng trung bình của chuột 20 ± 2 g, thể trạng khoẻ mạnh, đạt tiêu chuẩn nghiên cứu.

Đặc điểm thuốc nghiên cứu

Cao lỏng PTT được bào chế từ 10 vị dược liệu thô. Chuột trong các lô được cho uống theo bảng 03 như sau:

Bảng 3: Nồng độ cao, liều dùng ở các lô nghiên cứu

STT	Cao lỏng (g/ml)	Thể tích mỗi lần uống	Số lần cho uống / 24 giờ	Liều dùng (g/kg trọng lượng cơ thể)
1	1,7	0,2 ml/10g	3	100
2	2,1	0,2 ml/10g	3	125
3	2,6	0,2 ml/10g	3	155
4	3,2	0,2 ml/10g	3	190
5	4,0	0,2 ml/10g	3	240
6	5,0	0,2 ml/10g	3	300

Chuột nhắt trắng được uống thuốc thử với các mức liều khác nhau từ liều thấp nhất là 100 g/kg thể trọng đến liều cao nhất là 300 g/kg thể trọng (liều tối đa có thể dùng được bằng đường uống), với cùng một thể tích mỗi lần uống là 0,2mL/10g/lần x 3lần/ngày.

Độc tính cấp đường uống của mẫu nghiên cứu trên chuột nhắt trắng

Sau khi cho chuột nhắt trắng uống mẫu nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được thể hiện ở bảng 04 dưới đây:

Bảng 4: Độc tính cấp đường uống của mẫu nghiên cứu trên chuột nhắt trắng

Lô chuột	Số chuột thí nghiệm	Liều dùng (g/kg trọng lượng cơ thể)	Số chuột sống/chết		Biểu hiện bất thường	
			Sau 72 giờ	Sau 7 ngày	Trong 48 giờ đầu	Sau 48 giờ
Lô 1	10	100	10 / 0	10 / 0	Không	Không
Lô 2	10	125	10 / 0	10 / 0	Không	Không
Lô 3	10	155	10 / 0	10 / 0	Không	Không
Lô 4	10	190	10 / 0	10 / 0	Không	Không
Lô 5	10	240	10 / 0	10 / 0	Chướng bụng, đầy hơi, đi ngoài	Không
Lô 6	10	300	10 / 0	10 / 0	Chướng bụng, đầy hơi, đi ngoài	Không

Theo dõi sát chuột ở các lô trong 72 giờ sau uống chế phẩm và trong suốt 7 ngày sau uống cho thấy: Đa số chuột ở tất cả các lô đều có biểu hiện lông mượt, da niêm mạc bình thường, đồng tử mắt chuột bình thường, không có biểu hiện khó thở hay tím tái. Tuy nhiên, trong hai ngày đầu, một số chuột ở lô dùng liều cao (lô 5 và lô 6) giảm vận động, có biểu hiện chướng bụng, đầy hơi, ăn uống giảm, đi ngoài phân lỏng. Sang ngày thứ ba, toàn bộ chuột ở các lô trở lại vận động, ăn uống bình thường. Không có chuột nào chết trong 72 giờ sau uống chế phẩm cũng như trong suốt 7 ngày sau đó.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu về độc tính cấp là nghiên cứu được lý đầu tiên cần phải được tiến hành của một sản phẩm nhằm xác định độc tính xảy ra sau khi dùng thuốc một lần hoặc một vài lần trong ngày [2]. Đánh giá độc tính cấp nhằm cung cấp thông tin cho việc xếp loại mức độ độc của thuốc, dự đoán triệu chứng và dự phòng biện pháp điều trị. Bên cạnh đó, đánh giá độc tính cấp là cơ sở thiết lập mức liều cho các nghiên cứu độc tính, nghiên cứu tác dụng tiếp theo. Đánh giá độc tính cấp cần quan tâm đến các chỉ số: liều an toàn, liều dung nạp tối đa, liều gây ra độc tính có thể

quan sát được, liều thấp nhất gây chết động vật (nếu có), liều gây chết 50% số động vật thí nghiệm (LD_{50}), những triệu chứng ngộ độc điển hình có thể quan sát được trên động vật thực nghiệm [1], [5].

Động vật (thường dùng chuột) được dùng chế phẩm nghiên cứu trong 24 giờ và được quan sát trong 7 ngày để xác định các triệu chứng độc (nếu có). Chuột nghiên cứu được lựa chọn bao gồm cả chuột đực và chuột cái, kết quả nghiên cứu vì thể bao hàm cho cả 2 giống. Đường đưa thuốc sử dụng là đường uống, theo đúng như đường dự kiến sử dụng trên người. [1], [5]. Thể tích cho uống theo quy định thông thường đối với chuột nhất là 0,2ml/10g/lần. Trong trường hợp muốn sử dụng liều cao hơn có thể cho uống ở các mức thể tích cao hơn 0,25 đến 0,3ml/10g/lần [2].

Trong nghiên cứu này, lượng cao lỏng PTT cao nhất có thể cho chuột uống trong một lần đưa thuốc là 100g/kg thể trọng. Chúng tôi tiến hành cho chuột nhất uống thuốc 3 lần/ ngày, mỗi lần 0,2 ml/10g thể trọng, khoảng cách mỗi lần đưa thuốc là 2 giờ. Như vậy, với 3 lần đưa thuốc, liều đưa thuốc vào cơ thể chuột tăng lên là 300g/ kg thể trọng. Liều dùng dự kiến trên người của cao lỏng PTT là 0,9 g/kg thể trọng, quy đổi sang liều trên chuột nhất thì thấy liều dùng 300 g/kg thể trọng này đã lớn hơn liều dùng dự kiến trên người đã quy đổi là 27,8 lần.

Khi theo dõi sát chuột ở các lô trong 72 giờ sau uống chế phẩm và trong suốt 7 ngày sau uống thì thấy đa số chuột ở tất cả các lô đều có biểu hiện lông mượt, da niêm mạc bình thường, đồng tử mắt chuột bình thường, không có biểu hiện khó thở hay tím tái. Tuy nhiên, trong hai ngày đầu, một số chuột ở lô dùng liều cao (lô 5 và lô 6) giảm vận động, có biểu hiện chướng bụng, đầy hơi, ăn uống giảm, đi ngoài phân lỏng. Đây đều là các biểu hiện thông thường của các chuột sau khi bị cho uống cường bức một lượng chế phẩm lớn vào thẳng dạ dày. Khi thay đổi chế độ ăn

uống, cơ thể cũng cần thời gian để thích nghi với các thay đổi mới. Do vậy, trong quá trình này, hệ tiêu hóa trở nên nhạy cảm hơn. Sang ngày thứ ba, toàn bộ chuột ở các lô trở lại hoạt động bình thường.

Chuột ở các lô nghiên cứu được cho uống cao lỏng PTT với mức liều tăng dần từ 100 g/kg thể trọng lên đến 300 g/kg thể trọng. Theo dõi chuột trong vòng 72 giờ sau khi uống thuốc và suốt 07 ngày liên tiếp sau đó, tất cả chuột đều khỏe mạnh. Do không có chuột nào chết nên không xác định được LD_{50} của Cao lỏng PTT trong nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chuột đã uống đến mức liều 300 g/kg thể trọng, gấp 27,8 lần so với liều điều trị quy đổi trên chuột nhất mà không có chuột nào chết cũng như không xuất hiện các biểu hiện bất thường. Đây đã là mức liều rất cao, cho phép khẳng định mẫu nghiên cứu có khoảng an toàn rộng, tính an toàn cao. Đối chiếu với sự phân loại độc tính cấp đường uống của GHS [7], cao lỏng PTT được phân vào nhóm 5 ($LD_{50} > 5000$ mg/kg), là loại gần như không độc. Mức liều 300 g/ kg thể trọng cũng cao hơn nhiều lần so với liều giới hạn quy định trong các hướng dẫn của OECD, hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu của Bộ y tế [1],[5]. Như vậy, có thể kết luận cao lỏng PTT có tính an toàn trong nghiên cứu đánh giá độc tính cấp trên đường uống ở chuột nhất trắng.

V. KẾT LUẬN

Chưa tìm thấy LD_{50} của cao lỏng từ dịch chiết của bài thuốc Cao lỏng PTT theo đường uống trên chuột nhất trắng. Với mức liều 300g/kg thể trọng (gấp 27,8 lần liều tương đương liều điều trị đã quy đổi từ liều trên người sang liều trên chuột nhất trắng), không gây chết chuột nào, không có biểu hiện nào của độc tính cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo Bộ Y tế (2015), Quyết định số 141/QĐ-K2ĐT "Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu" chủ biên.
2. Đỗ Trung Đàm (2014), Phương pháp xác định độc tính của thuốc, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. Hongxian, D., Mengyu, Z., Lin, X., Huanhuan, L., Shiqi, X., Si, Z.,... & Yan, T. (2024). Antibacterial activity of pimaradienoic acid from *Eleutherococcus trifolius* (L.) SY Hu. *Natural Product Research*, 1-6.
4. Lam, S. H., Chen, P. H., Hung, H. Y., Hwang, T. L., Chiang, C. C., Thang, T. D.,... & Wu, T. S. (2018). Chemical constituents from the stems of *Tinospora sinensis* and their bioactivity. *Molecules*, 23(10), 2541.
5. Organization of Economic Co-operation and Development - OECD, *The OECD Guideline for Testing of Chemicals: Test Guideline No. 425 Acute Oral Toxicity: Up-and-Down Procedure*, ed., pp. 1-29, 2022.
6. Quan, N., Ly, B. T. K., & Chi, H. T. (2024). Cytotoxic effect of *Eleutherococcus trifolius* (L.) SY Hu stem bark extracts on Gastric, Lung, and Hepatocellular cancer cells. *International Journal of Secondary Metabolite*, 11(3), 551-561.
7. United Nations (2011), "Acute toxicity", Globally harmonized system of classification and labelling of chemicals (GHS) - Fourth revised edition New York and Geneva, tr. 109-120.
8. Zhou, Y., Zhao, Y., Xu, H., Zhao, X., Zhao, C., Zhou, T., & Zhang, Y. (2022). Antirheumatoid arthritic effects of *Sabia parviflora* Wall. Leaf extracts via the NF- κ B pathway and transient receptor potential protein family. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 880350.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA LOÀI PANAX VIETNAMENSIS VAR. FUSCIDISCUS TRÊN MÔ HÌNH GÂY SA SÚT TRÍ NHỚ THỰC NGHIỆM BẰNG SCOPOLAMIN

Phạm Thái Hà Văn¹, Nguyễn Nữ Hải Yến¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá được tác dụng tăng trí nhớ của loài *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* (sâm Lai Châu) trên mô hình gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin ở động vật thực nghiệm. **Đối**

tượng và phương pháp: sâm Lai Châu *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* (gồm thân rễ và rễ) được nghiên cứu tác dụng tăng trí nhớ trên mô hình gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin ở chuột nhắt thực hiện test né tránh thụ động, test mê lộ chữ Y và test môi trường mở. **Kết quả:** sâm Lai Châu làm tăng trí nhớ ngắn hạn và dài hạn ở chuột nhắt trắng trên mô hình gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin ở liều tương đương lâm sàng 5 g/ngày và 10 g/ngày. **Kết luận:** sâm Lai Châu thể hiện cả tác dụng tăng trí nhớ ngắn hạn và dài hạn ở mô hình nghiên cứu.

Từ khóa: *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus*, scopolamin.

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Hà Văn
SĐT: 0973591100

Email: vanpth@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

SUMMARY**STUDY ON THE EFFECTS OF PANAX VIETNAMENSIS VAR. FUSCIDISCUS ON EXPERIMENTAL SCOPOLAMINE-INDUCED MEMORY IMPAIRMENT MODEL IN MICE**

Objectives: To evaluate the memory-enhancing effect of *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* on the scopolamine-induced memory impairment model in mice. **Subjects and methods:** *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* (including rhizoma and root) was studied for its memory-enhancing effects on the scopolamine model of dementia in mice performing passive avoidance test, Y-maze test and open environment test. **Results:** *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* increased short-term and long-term memory in mice using a dementia model using scopolamine at clinically equivalent doses of 5 g/day and 10 g/day. **Conclusion:** *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* shows both short-term and long-term memory enhancing effects in the research model.

Keywords: *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus*, scopolamine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu, loài *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus* thường được biết đến với tên gọi dân dã như sâm Lai Châu, tam thất Mường Tè, tam thất đen, đã được sử dụng trong nhân dân làm thuốc bổ, tăng lực [2], các công dụng này tương tự như nhân sâm. Theo Y học cổ truyền, nhân sâm có công năng đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân dịch và định thần ích trí. Theo một số tài liệu, sâm còn được dùng với nhiều tác dụng như: tăng hoạt động, tăng trí nhớ, chống trầm cảm, tăng sinh lực, chống mệt mỏi, giúp phục hồi sức khỏe, tăng khả năng thích nghi, chống stress, tăng nội tiết tố sinh dục, tăng miễn dịch, tăng sản xuất hồng cầu - bạch cầu, giải độc gan, chống oxy hóa, chống viêm, kháng khuẩn, giảm cholesterol,... [1]. Như vậy, ngoài tác

dụng bổ, tăng lực ra, sâm Lai Châu còn có thể có tác dụng tăng cường trí nhớ. Tuy vậy, hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá độc lập hiệu quả tiền lâm sàng của sâm Lai Châu nói trên. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục đích đánh tác dụng cải thiện trí nhớ của sâm Lai Châu trên mô hình gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin.



A. Toàn cây

B. Hoa



C. Lá

Hình 1.1. Loài *Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus***II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Vật liệu nghiên cứu**

- Mẫu thử: Sâm Lai Châu (*Panax vietnamensis* var. *fuscidiscus*) thu mẫu từ Vườn sâm Pusilung (Bản Pá Hạ - Xã Pa Vệ Sủ - Huyện Mường Tè - Tỉnh Lai Châu) được giám định tên khoa học bởi ThS. Nghiêm Đức Trọng (Khoa Dược liệu – Dược học cổ truyền, Trường Đại học Dược Hà Nội). Phiếu giám định tên khoa học số 48/2023. Mẫu nghiên cứu gồm thân rễ và rễ cây sâm Lai Châu, được rửa sạch, thái phiến mỏng, sấy khô ở 40°C, bảo quản trong túi nylon. Mẫu thử cho động vật uống được

chuẩn bị hàng ngày bằng cách nghiền mịn và đun sôi với nước cất vừa đủ, gạn lọc lấy dịch, để nguội cho chuột uống. Liều dùng trong nghiên cứu được thử nghiệm với hai mức liều: liều cơ sở (1g/kg/ngày) và gấp đôi (2g/kg/ngày) là các mức liều quy đổi sang chuột nhất trắng từ liều dùng gợi ý trên người (5g/ngày và 10g/ngày).

- Hóa chất: Scopolamin hydrobromid (Sigma-Aldrich, Mỹ); Donepezil 10 mg (Aricept Evess, Eisai, Thái Lan); NaCl 9% chai 500ml (B.Braun, Việt Nam)

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Động vật thí nghiệm: Chuột nhắt trắng, giống đực, chủng Swiss, khoẻ mạnh, trọng lượng ban đầu 25 ± 2 g do Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cung cấp. Động vật được nuôi ổn định trong điều kiện phòng thí nghiệm 7 ngày trước khi tiến hành nghiên cứu. Động vật được nuôi trong điều kiện sáng - tối đảo ngược (pha sáng: 19 giờ - 7 giờ; pha tối: 7 giờ - 19 giờ) tại phòng nghiên cứu động vật của trường Đại học Dược Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu [4, 7]:

Chuột nhắt trắng được chia ngẫu nhiên thành 5 lô (mỗi lô 8-10 con), bao gồm: lô 1 - chứng sinh lý (uống NaCl 9% 0,1ml/10g cân nặng); lô 2 - chứng bệnh (uống NaCl 9% 0,1ml/10g cân nặng); lô 3 - chứng dương (uống donepezil liều 5 mg/kg cân nặng); lô 4 và 5 - lô thử (uống mẫu thử sâm Lai Châu 1g/kg thể trọng chuột và 2g/kg thể trọng chuột, tương đương với liều trên người lần lượt là 5g/ngày và 10g/ngày). Nước muối sinh lý/ donepezil/chế phẩm thử được cho uống 1 lần/ngày trong suốt quá trình nghiên cứu và tại thời điểm 1 giờ trước khi gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin.

Chuột ở lô chứng bệnh, chứng dương và 2 lô thử được gây suy giảm trí nhớ bằng cách tiêm phúc mạc scopolamin liều 1,5 mg/kg 30 phút trước khi tiến hành test hành vi. Lô chứng sinh lý được tiêm NaCl 9% tại cùng thời

điểm. Tác dụng của chế phẩm sâm Lai Châu được đánh giá thông qua các test hành vi

Bài tập mê lộ chữ Y:

Test mê lộ chữ Y được thực hiện vào ngày 15 sau khi cho chuột uống chế phẩm thử. Mê lộ chữ Y bao gồm ba cánh tay giống nhau (kích thước 40x3x12cm), đặt đối xứng sao cho góc giữa hai cánh tay bất kỳ bằng 120 độ. Sau 30 phút kể từ khi gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin, chuột được đặt vào một trong ba cánh tay, đối diện với điểm tận cùng của cánh tay đó. Sau đó, chuột được tự do khám phá mê lộ trong thời gian 8 phút. Ghi nhận số lần và trình tự chuột di chuyển vào các cánh tay dựa trên phân tích video thí nghiệm. Từ đó, xác định tỷ lệ chuyển tiếp theo công thức sau:

Tỷ lệ chuyển tiếp (%) = $\frac{[(\text{số lần chuyển tiếp}) / (\text{tổng số lần vào các cánh tay} - 2)] \times 100}{100}$. Trong đó, số lần chuyển tiếp được định nghĩa là số lần chuột di chuyển vào ba cánh tay khác nhau liên tiếp, tức là di chuyển vào cả 3 cánh tay A, B, C theo thứ tự ABC, CAB hoặc BCA.



Hình 2.1. Test mê lộ chữ Y

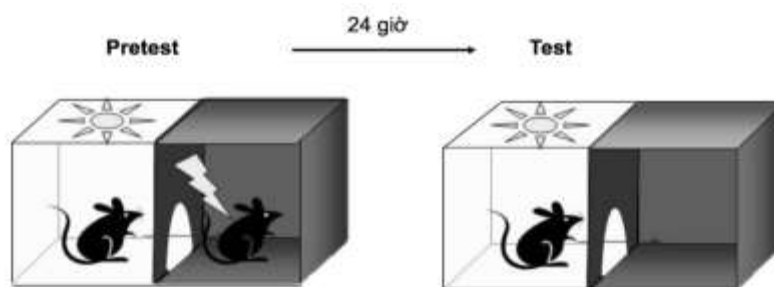
Bài tập né tránh thụ động

Test né tránh thụ động được thực hiện vào ngày thứ 7 sau khi cho chuột uống chế phẩm thử. Thử nghiệm bao gồm hai pha, được thực hiện trong một hộp bằng gỗ, chia thành 2 buồng giống nhau (kích thước 20x20x20cm): buồng tối (không được chiếu sáng) và buồng sáng (được chiếu sáng bằng một bóng đèn 50W). Trên vách ngăn giữa hai

buồng, đặt một cửa sập bằng gỗ, kích thước 5x5cm. Sàn của buồng tối và buồng sáng đều được bố trí các thanh thép giống nhau (đường kính 2mm, cách nhau 1cm), mắc nối tiếp với máy tạo sốc điện có khả năng tùy chỉnh cường độ và thời gian sốc (LE 10026 Shocker, Panlab).

Trong pha pretest (30 phút sau khi tiêm scopolamin), chuột được đặt vào chính giữa buồng sáng khi cửa sập đang ở trạng thái đóng và được tự do khám phá trong 30 giây. Tiếp đó, cửa sập giữa hai buồng được mở để chuột có thể di chuyển qua lại giữa hai buồng. Khi chuột đã di chuyển hoàn toàn vào

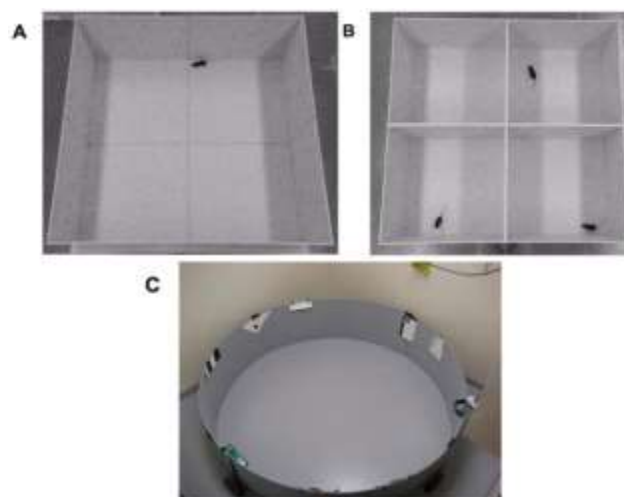
buồng tối, cửa sập lập tức được đóng lại, đồng thời tiến hành gây sốc điện với cường độ trung bình 0,06mA/10g cân nặng trong 2 giây. Những chuột không vào buồng tối trong vòng 300 giây kể từ khi cửa mở trong pha pretest sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Pha test được thực hiện sau pha pretest 24 giờ, chuột được đặt trở lại buồng sáng với quy trình tương tự nhưng không gây sốc điện khi chuột đã di chuyển vào buồng tối. Ghi lại thời gian từ lúc cửa giữa hai buồng được mở cho đến khi chuột đi vào buồng tối. Nếu sau 300 giây chuột vẫn chưa vào buồng tối, thời gian này được tính là 300 giây.



Hình 2.2. Test né tránh thụ động

Bài tập môi trường mở

Mô hình môi trường mở (open field) gồm 1 hộp hình vuông kích thước 40x40x60cm được làm bằng khung gỗ. Sau khi cho uống thuốc 60 phút, chuột được đặt vào trung tâm của mô hình, được tự do vận động và khám phá môi trường mở trong vòng 5 phút, ghi nhận số bước vận động của chuột.



Hình 2.3. Môi trường mở (open field)

2.3. Xử lý số liệu: Kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Với mẫu liên tục, phân bố chuẩn, dữ liệu được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ sai số chuẩn và sử dụng kiểm định ANOVA kèm hậu kiểm LSD hoặc Dunnett's T3 để so sánh sự khác biệt giữa các lô. Với mẫu phân hạng, dữ liệu được biểu diễn dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị) và sử dụng kiểm định Kruskal - Wallis test và hậu kiểm tương ứng để so sánh sự khác biệt giữa các lô.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả nghiên cứu

3.1.1. Tác dụng của PVF trên test mê lộ chữ Y

Bảng 3.1. Ảnh hưởng của PVF đến tỷ lệ luân phiên của động vật thí nghiệm trên test mê lộ chữ Y

Lô	n	Tỷ lệ luân phiên giữa các cánh tay (%)	Ghi chú
Chứng sinh lý	10	73,3805 (46,67 – 82,35)	#: $p < 0,05$ so với lô sinh lý; ##: $p < 0,01$ so với lô sinh lý; *: $p < 0,05$ so với lô chứng bệnh; **: $p < 0,01$ so với lô chứng bệnh
Chứng bệnh	10	57,0725 ## (10,00 – 65,39)	
DPZ 5 mg/kg	10	68,2105 ** (50,00 – 88,89)	
PVF 5 g/ngày	10	58,4445 (50,00 – 67,86)	
PVF 10 g/ngày	10	68,1160 * (56,10 – 73,33)	

Scopolamin liều đơn 1,5 mg/kg làm giảm tỷ lệ luân phiên giữa ba cánh tay của chuột nhắt trắng (tỷ lệ giảm 22,22%, $p < 0,01$ so với chứng sinh lý). Sử dụng thuốc đối chứng donepezil liều 5 mg/kg làm tăng tỷ lệ luân phiên so với lô chứng bệnh (tỷ lệ tăng 19,52%, $p = 0,017 < 0,05$). Tương tự, PVF cũng thể hiện xu hướng đảo ngược ảnh hưởng của scopolamine đến tỷ lệ luân phiên nhưng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ được ghi nhận ở lô dùng liều cao (10 g/ngày). Tỷ lệ cải thiện thông số này ở lô dùng PVF liều 5g/ngày và 10g/ngày lần lượt là 2,4% ($p = 0,118$) và 19,35% ($p = 0,031$).

3.1.2. Test né tránh thụ động

Bảng 3.2. Ảnh hưởng của PVF đến thời gian tiềm tàng vào buồng tối của chuột trên test né tránh thụ động

Lô	n	Thời gian tiềm vào buồng tối giai đoạn test (giây)	Ghi chú
Chứng sinh lý	8	300,00 (64 – 300)	#: $p < 0,05$ so với lô sinh lý; ##: $p < 0,01$ so với lô sinh lý; *: $p < 0,05$ so với lô chứng bệnh; **: $p < 0,01$ so với lô chứng bệnh
Chứng bệnh	10	92,00 # (31 – 259)	
DPZ 5 mg/kg	10	300,00 ** (78 – 300)	
PVF 5 g/ngày	8	73,50 (10 – 300)	
PVF 10 g/ngày	10	167,00 * (97 – 300)	

Trong giai đoạn test, thời gian tiềm tàng

vào buồng tối của lô chứng bệnh giảm rõ rệt so với chứng sinh lý (tỷ lệ giảm 69,3%, $p = 0,028 < 0,05$). Sử dụng thuốc đối chứng donepezil liều 5 mg/kg hoặc PVF liều 10 g/ngày có tác dụng đảo ngược ảnh hưởng của scopolamin đến trí nhớ của động vật, thể hiện thông qua tăng thời gian tiềm tàng vào buồng tối so với chứng bệnh lần lượt là 226,1% ($p = 0,009 < 0,01$) và 81,5% ($p = 0,046 < 0,05$). Tác dụng này thể hiện không rõ rệt khi sử dụng PVF với mức liều 5 g/ngày.

3.1.3. Bài tập môi trường mở**Bảng 3.3. Ảnh hưởng của PVF đến khả năng vận động của chuột trên test môi trường mở**

Lô	n	Tổng bước vận động trong môi trường mở
Chứng sinh lý	10	481,00 (200 – 876)
Chứng bệnh	10	665,50 (462 – 865)
DPZ 5 mg/kg	10	648,00 (503 – 739)
PVF 5 g/ngày	10	599,50 (327 – 863)
PVF 10 g/ngày	10	701,50 (59 – 864)

Bài tập môi trường mở đánh giá khả năng vận động của chuột. Việc tăng/giảm khả năng vận động là một yếu tố nhiều ảnh hưởng đến kết quả của các test trí nhớ. Kết quả của bài tập môi trường mở cho thấy, không có sự khác biệt về tổng số bước vận động giữa các lô chuột. Như vậy, các thuốc không làm thay đổi khả năng vận động của chuột. Kết quả này giúp khẳng định thêm nhận định của test mê lộ chữ Y và test né tránh thụ động về tác dụng cải thiện trí nhớ của PVF.

3.2. Bàn luận

Hệ cholinergic đóng vai trò quan trọng trong chức năng học – nhớ. Suy giảm chức năng hệ cholinergic được xem là yếu tố chính góp phần vào cơ chế bệnh sinh của chứng mất trí nhớ và có mối liên quan mật thiết với các triệu chứng rối loạn nhận thức trong bệnh Alzheimer. Trên thực nghiệm, sử dụng scopolamin, một tác nhân phong bế dẫn truyền thần kinh thông qua thụ thể M1 muscarinic hậu synap, đã được chứng minh có khả năng gây ra những khiếm khuyết tạm thời trong chức năng nhận thức của động vật [3]. Do đó, nghiên cứu này áp dụng mô hình gây suy giảm trí nhớ bằng scopolamin để đánh giá tác dụng chống sa sút trí nhớ của PVF.

Ảnh hưởng của scopolamin và PVF đến trí nhớ của động vật được đánh giá thông qua test né tránh thụ động và test mê lộ chữ Y. Test né tránh thụ động dựa trên sự mâu thuẫn giữa bản năng sợ hãi vùng không gian mở, có ánh sáng của các loài gặm nhấm với phản xạ trốn tránh có điều kiện vùng không gian nguy hiểm đã được nhận diện trước đó. Test này đã được sử dụng phổ biến trong mô hình

gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin để đánh giá trí nhớ dài hạn phụ thuộc đòi hỏi mã [6]. Trong khi đó, test mê lộ chữ Y cho phép đánh giá trí nhớ không gian ngắn hạn, dựa trên bản năng thích khám phá môi trường mới của động vật [5]. Kết quả trên hai test hành vi này đều cho thấy scopolamin gây suy giảm rõ rệt trí nhớ của chuột nhắt trắng, thể hiện thông qua rút ngắn thời gian tiềm tàng vào buồng tối trong test né tránh thụ động và giảm tỷ lệ khám phá ba cánh tay liên tiếp (tỷ lệ chuyển tiếp) trong test mê lộ chữ Y.

Sâm Lai Châu (PVF) có khả năng đảo ngược ảnh hưởng bất lợi của scopolamin đến trí nhớ của động vật thí nghiệm. Tại mức liều 10g/ngày, Sâm Lai Châu có tác dụng khôi phục phản xạ tránh đi vào buồng tối trong test né tránh thụ động và cải thiện khả năng định hướng không gian trong test mê lộ chữ Y tương tự như thuốc đối chứng donepezil liều 5 mg/kg. Những kết quả này đã chứng minh Sâm Lai Châu có khả năng cải thiện cả trí nhớ ngắn hạn và dài hạn trên động vật được gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin.

Tóm lại, nghiên cứu này đã cung cấp những bằng chứng tiền lâm sàng ban đầu liên quan đến tác dụng cải thiện trí nhớ của Sâm Lai Châu. Để đánh giá vai trò của Sâm Lai Châu trong điều trị, cần có thêm các nghiên cứu được lý chuyên sâu cũng như những bằng chứng lâm sàng chứng minh hiệu quả và độ an toàn trên người.

IV. KẾT LUẬN

Trên mô hình gây sa sút trí nhớ bằng scopolamin, sâm Lai Châu (PVF) dùng hàng

ngày theo đường uống với liều 10 g/kg, thể hiện tác dụng cải thiện trí nhớ ngắn hạn và dài hạn của động vật trên test né tránh thụ động và test mê lộ chữ Y, ở liều thấp 5g/ngày sâm Lai Châu có xu hướng tương tự như ở liều cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đáng** (2017), Thực phẩm chức năng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.944-960.
2. **Viện Dược liệu** (2016), Danh lục cây thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, tr. 818-819.
3. **Drever B.D. et al** (2007), “Memantine acts as a cholinergic stimulant in the mouse hippocampus”, J. Alzheimers Dis., 12(4), pp. 319-333.
4. **Gerhard Vogel H.** (2008), Drug discovery and evaluation Pharmacological assays, Springer, pp: 669-774.
5. **Hritcu L., Cioanca O. and Hancianu M.** (2012), “Effects of lavender oil inhalation on improving scopolamine-induced spatial memory impairment in laboratory rats”, Phytomedicine, 19(6), pp. 529-534.
6. **Izquierdo I. et al** (2006), “Different molecular cascades in different sites of the brain control memory consolidation”, Trends Neurosci, 29(9), pp.496-505.
7. **Lee K. Y. et al** (2009), “Cognitive-enhancing activity of loganin isolated from Cornus officinalis in scopolamine-induced amnesic mice”, Arch. Pharm. Res., 32(5), pp.677-683.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHUYỂN GEN TRÊN TẾ BÀO U THẦN KINH ĐỆM NGƯỜI CỦA HỆ VI BỌT ĐA CHỨC NĂNG

**Trần Thị Anh Thơ^{1,2}, Nguyễn Xuân Bắc², Mai Văn Hiên², Đào Thị Mai Anh²,
Dương Thị Hồng Nhung², Bùi Khắc Cường³, Nguyễn Thị Lập²**

TÓM TẮT.

VEGFR2 là một thụ thể quan trọng trong sự tăng sinh mạch nuôi dưỡng khối u biểu hiện ở các tế bào nội mô bao quanh khối u và trên bề mặt của tế bào ung thư. Do vậy, VEGFR2 là một đích tác dụng tiềm năng chống ung thư. Từ kết quả nghiên cứu trước, nhóm nghiên cứu đã tạo được hệ vi bọt đa chức năng mang gen và kháng

thể kháng VEGFR2 hướng đích tế bào u não (VCMB-pDNA) kết hợp với siêu âm tập trung (FUS) có ái lực với tế bào u thần kinh đệm lớn hơn so với các vi bọt đối chứng trên mô hình in vitro. Trong nghiên cứu này, hiệu quả chuyển gen và khả năng sống sót của hệ vi bọt trên được đánh giá trên tế bào u thần kinh đệm người (dòng tế bào U87). Kết quả cho thấy hệ vi bọt có khả năng làm tăng tính thấm màng tế bào u thần kinh đệm, tăng hiệu quả chuyển gen và hạn chế mức độ chết tế bào ở nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml. Ngoài ra, hiệu quả chuyển gen thay đổi theo các thành phần lipid và phối tử trong cấu trúc vi bọt, trong đó hệ vi bọt đa chức năng (VCMB) chứa lipid DPTAP và kháng thể kháng VEGFR2 có hiệu quả chuyển gen cao nhất trong số các loại vi bọt thử nghiệm. Kết quả nghiên cứu mở ra một liệu pháp gen mới vừa tăng hiệu quả điều trị, vừa giảm tổn thương tế bào.

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Trường Đại học Dược Hà Nội

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lập

SĐT: 0983222726

Email: lapnt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Từ khoá: chuyển gen, khả năng sống của tế bào, gen trị liệu, u não, vi bọt.

SUMMARY
EVALUATION OF THE GENE TRANSFECTION EFFICIENCY ON HUMAN GLIOMA CELLS OF THE MULTIFUNCTIONAL MICROBUBBLE SYSTEM

The vascular endothelial growth factor receptor 2 (VEGFR2) expression has been associated with tumor growth and aggressiveness in various cancers. VEGFR2 is highly expressed in tumor cells and endothelial cells in blood vessels that nurture brain tumors, therefore it becomes an ideal target to treat cancer. In previous studies, we have developed a novel multifunctional microbubble system, the gene-loaded VEGFR2-targeted microbubble system (VCMB-pDNA), and reported that the combination of VCMB-pDNA and focus ultrasound (FUS) exposure has much greater cell-binding ability compared with other untargeted microbubbles (MBs) in vitro. In this study, the gene transfection efficiency and cell viability of the above system were evaluated on human glioma cells (U-87 MG human cell line). The results showed that the multifunctional microbubble enhanced the gene transfer efficiency by increasing the glioma cell membrane permeability, gene transfection efficiency and limiting cell death at a concentration of 4×10^7 microbubbles per ml. We also noticed that the transfection effect varied with lipid and ligand components and that VCMB containing DPTAP and anti-VEGFR2 antibody could be the most effective tool among three types of MBs. These results suggest that combining VCMB-pDNA with FUS exposure is probably useful for efficient gene delivery and less invasive brain tumor therapeutic system.

Keywords: Gene transfer, cell viability, gene therapy, brain tumors, microbubbles.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gần đây trị liệu gen mở ra nhiều hy vọng về phương pháp điều trị mới đối với những bệnh hiểm nghèo, khó điều trị như u não. Sự kết hợp giữa siêu âm và vi bọt giúp cải thiện tính thấm màng tế bào, tăng cường khả năng vận chuyển thuốc/gen trị liệu [5]. Dưới tác động của siêu âm, vi bọt có thể co lại và giãn ra làm màng tế bào biến dạng tạo các lỗ hổng tạm thời, thuận lợi cho vận chuyển gen vào trong tế bào. Đây là một phương pháp chuyển gen có hiệu quả cao nhưng có thể dẫn đến tổn thương tế bào [4]. Để hạn chế nhược điểm này, sử dụng siêu âm tập trung (focused ultrasound (FUS)), tức là chỉ tập trung siêu âm tại vị trí khối u, giúp tăng hiệu quả chuyển gen nhưng giảm thiểu mức độ gây tổn thương tế bào lành [3].

Dòng tế bào tế bào u thần kinh đệm (glioma cell) là tiền thân chính của u nguyên bào đệm đa dạng (Glioblastoma multiforme - GBM), đây là loại ung thư não ác tính phổ biến nhất. Thụ thể VEGFR2 được biểu hiện nhiều trên màng tế bào nội mô và trên cả tế bào u thần kinh đệm. Do vậy, để tăng hiệu quả chuyển gen và hạn chế tác động đến mô lành, việc liên hợp các kháng thể hoặc phối tử đặc hiệu như VEGFR2 lên bề mặt vi bọt để tăng cường hướng đích, tập trung chủ yếu tại tế bào ung thư là một biện pháp đang được quan tâm.

Từ kết quả nghiên cứu trước, nhóm nghiên cứu đã tạo được hệ vi bọt đa chức năng mang gen và kháng thể kháng VEGFR2 hướng đích tế bào u não và kết quả cho thấy hệ vi bọt có khả năng liên kết tế bào u thần kinh đệm lớn hơn nhiều so với các vi bọt đối chứng khác [1]. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu tiếp theo để đánh giá hiệu quả của hệ vi bọt đa chức năng trên các mô hình in vitro và in vivo khác. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: đánh giá hiệu quả chuyển gen trên tế bào u thần kinh đệm người của hệ vi bọt đa chức năng.

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nguyên liệu

Dipalmitoyl-phosphatidyl-choline (DPPC); 1,2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphoethanolamine-N-[methoxy(poly(ethyleneglycol))-2000]-Biotin (DSPE-PEG2000-Biotin); 1,2-dipalmitoyl-3-trimethylammonium-propane (DPTAP); 1,2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphoethanolamine-N-[methoxy(poly(ethyleneglycol))-2000] (DSPE-PEG2000) (Avanti Polar Lipids, Hoa Kỳ). Khí C_3F_8 (Fisher, Hoa Kỳ); FITC-avidin và calcein (Sigma Aldrich, Hoa Kỳ); gen chỉ thị mã hóa tạo luciferase, tích hợp trong plasmid (pLUC) (Origene, Mỹ); D-luciferin (Biosynth AG, Thụy Sĩ), kháng thể kháng VEGFR2 (Miltenyi Biotec, Đức), kit dùng phân tích đánh giá khả năng sống tế bào (Alamar Blue assay) (AbD Serotec, Anh). Hóa chất khác đạt tiêu chuẩn dùng trong phân tích.

Dòng tế bào u thần kinh đệm người U87 (U-87 MG human cell line) (ATCC, Hoa Kỳ).

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp tạo hệ vi bọt mang gen và kháng thể kháng VEGFR2

Tạo vi bọt bằng phương pháp hydrat hóa lớp mỏng dựa theo nghiên cứu trước [1]. Quy trình tạo hệ vi bọt gắn kháng thể kháng VEGFR2 và pLUC (plasmid mang gen mã hóa luciferase) diễn ra tóm tắt các bước chính như sau: Bước 1: tạo vi bọt CMB có các thành phần gồm DPPC, DSPE-PEG2000, DSPE-PEG2000-Biotin và DPTAP hòa tan trong cloroform, sau đó cất quay chân không để tạo màng. Màng được hydrat hóa bằng dung dịch đệm glycerol-PBS, rồi sục khí C_3F_8 vào để tạo vi bọt; Bước 2: ủ FITC-avidin với CMB để tạo avidin-CMB (chỉ thị huỳnh quang FITC được gắn trên vi bọt thông qua cầu nối avidin-biotin); Bước 3: ủ kháng thể kháng VEGFR2 với avidin-CMB (do kháng thể kháng VEGFR2 liên hợp với

avidin), thu được VCMB; Bước 4: ủ pLUC lên VCMB.

Tạo thêm 2 vi bọt đối chứng: vi bọt trung tính và vi bọt mang điện tích dương (kí hiệu tương ứng: MB và CMB) theo quy trình trên nhưng thành phần khác nhau. CMB (vi bọt mang điện tích dương) do có thêm thành phần phospholipid là DPTAP so với MB. VCMB có gắn thêm kháng thể kháng VEGFR2 so với CMB.

Phương pháp đánh giá hiệu quả chuyển gen thông qua khả năng thấm qua màng tế bào

Nguyên lý: Khả năng thấm qua màng tế bào của hệ vi bọt sau khi chuyển vi bọt vào tế bào kết hợp siêu âm tập trung được đánh giá bằng cách theo dõi sự phát huỳnh quang theo thời gian của chất chỉ thị (calcein) đánh dấu trong tế bào sống.

Tiến hành: Một ngày trước khi tiến hành nghiên cứu, các tế bào U87 (1×10^5 tế bào/ml) được cấy vào đĩa 6 giếng. Các vi bọt VCMB (nồng độ từ 0 đến 12×10^7 vi bọt/ml) được ủ với chất chỉ thị huỳnh quang calcein ($2 \mu M$) trong dung dịch nuôi cấy tế bào DMEM trong 30 phút, đặt bằng màng PCR (không có không khí bên trong). Siêu âm các tế bào trong 10 phút, với các thông số siêu âm phù hợp đã được khảo sát ở kết quả nghiên cứu trước [8] như sau: tần số trung tâm = 1 MHz; độ dài xung = 10 ms; tỉ lệ bùng nổ (burst rate) = 5 Hz; chu kì nhiệm vụ = 5 %; áp suất âm = 700 kPa; thời gian tiếp xúc = 60 giây, được thực hiện với đầu dò FUS đường kính 6 mm. Sau đó, các tế bào được rửa sạch bằng dung dịch đệm PBS và đánh giá mức độ thấm qua màng tế bào. Đây chính là thời điểm chụp ảnh FITC và lấy tế bào thực hiện thí nghiệm đếm tế bào dòng chảy (flow cytometry).

Để đánh giá mức độ thấm qua màng tế bào, các tế bào u thần kinh đệm dương tính với calcein được quan sát bằng kính hiển vi huỳnh quang ở bước sóng kích thích 482 nm. Đồng thời, cường độ huỳnh quang xanh lục của các tế bào u thần kinh đệm dương tính với

calcein được đo bằng phương pháp đếm tế bào dòng chảy (flow cytometry). Hiệu quả thẩm calcein, tức là tính thẩm màng tế bào được tính là tỷ lệ phần trăm tế bào u thần kinh đệm dương tính với calcein ở giếng thử (có vi bọt) với giếng chứng (không có vi bọt).

Thí nghiệm được lặp lại 3 lần, tính giá trị trung bình.

Đánh giá ảnh hưởng của thành phần tạo vi bọt đến hiệu quả chuyển gen thông qua kết quả biểu hiện gen

Nguyên lý: Hiệu quả chuyển gen chỉ thị pLUC thông qua mức độ biểu hiện luciferase. Hoạt độ luciferase được đánh giá thông qua đo mức độ phát quang sinh học (bioluminescence) của sản phẩm tạo ra, sử dụng cơ chất D-luciferin. Tiến hành song song với đánh giá mức độ sống sót của tế bào bằng phương pháp sử dụng nhuộm xanh Alarma (Alarma blue assay).

Tiến hành: Một ngày trước khi tiến hành nghiên cứu, các tế bào U87 (4×10^4 tế bào/ml) được cấy vào đĩa 24 giếng. Các vi bọt (VCMB) được ủ với 2 μ g pLUC trong 4ml DMEM trong 30 phút. Sau khi loại bỏ môi trường trong đĩa 24 giếng, các vi bọt VCMB (nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml) được thêm vào mỗi giếng, đập bằng màng PCR (không có không khí bên trong). Quá trình chuyển gen của vi bọt kết hợp siêu âm tập trung với các thông số siêu âm và các bước được thực hiện như phương pháp đánh giá khả năng thẩm qua màng tế bào ở mục trên.

Sau siêu âm tập trung 4 giờ, các tế bào được rửa sạch bằng dung dịch đệm PBS và tế bào tiếp tục được nuôi cấy trong môi trường DMEM/F12. Sau 48 giờ, đánh giá hiệu quả chuyển gen thông qua đo mức độ phát quang sinh học của sản phẩm tạo ra có chứa cơ chất là D-luciferin (10 μ l của dung dịch có nồng độ 1,5 mg/ml pha trong dung dịch đệm PBS). Tiến hành song song với 2 mẫu chứng là MB và CMB.

Đánh giá mức độ sống sót của tế bào được đánh giá bằng phương pháp sử dụng thuốc nhuộm xanh Alarma. Tế bào được nuôi cấy và tiến hành chuyển gen theo phương pháp mô tả tương tự như phương pháp đánh giá mức độ biểu hiện luciferase ở trên. Dung dịch thuốc nhuộm xanh Alarma (5 mg/mL) được thêm vào mỗi giếng và ủ ở 37°C trong 2 giờ. Độ hấp thụ của mỗi đĩa được đo bằng hệ thống đọc tấm huỳnh quang ở bước sóng 570 nm và bước sóng tham chiếu 600 nm. Khả năng sống của tế bào được tính bằng tỷ lệ phần trăm theo độ hấp thụ của sản phẩm formazan tạo thành của nhóm thử so với nhóm chứng.

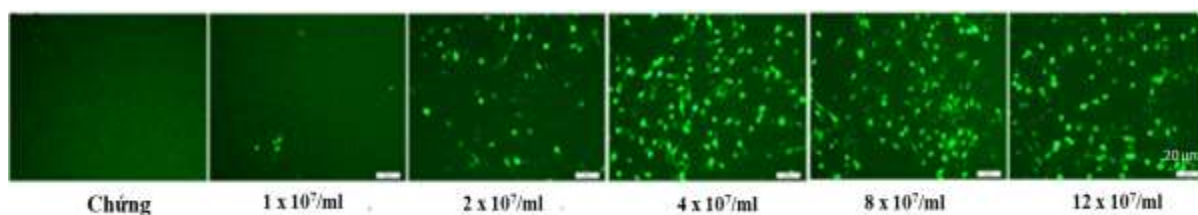
Thí nghiệm được lặp lại 3 lần, tính giá trị trung bình.

Xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập và xử lý theo phương pháp phân tích phương sai một chiều (oneway ANOVA) và kiểm định t-test, bằng phần mềm thống kê R (ver 2.14.0). Số liệu được biểu diễn dưới dạng: $\bar{X} \pm SD$. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đánh giá khả năng chuyển gen thông qua mức độ tăng tính thẩm màng tế bào trên mô hình in vitro

Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả chuyển gen thông qua khả năng nhập bào, tức tăng tính thẩm qua màng tế bào của hệ vi bọt đa chức năng. Các tế bào đã được ủ với dung dịch calcein và được chuyển gen kết hợp siêu âm tập trung (FUS). Sử dụng các nồng độ vi bọt đa chức năng (VCMB) khác nhau (từ 0 đến 12×10^7 vi bọt/ml) để đánh giá ảnh hưởng của nồng độ vi bọt đến khả năng thẩm qua màng tế bào u não. Kết quả hình ảnh tế bào phát huỳnh quang chỉ thị calcein cho thấy khi tăng nồng độ VCMB dẫn đến tăng tính thẩm màng tế bào tương ứng, tuy nhiên có xu hướng giảm từ mức 8×10^7 vi bọt/ml, mật độ tế bào phát huỳnh quang nhiều nhất ở mức nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml (Hình 1).

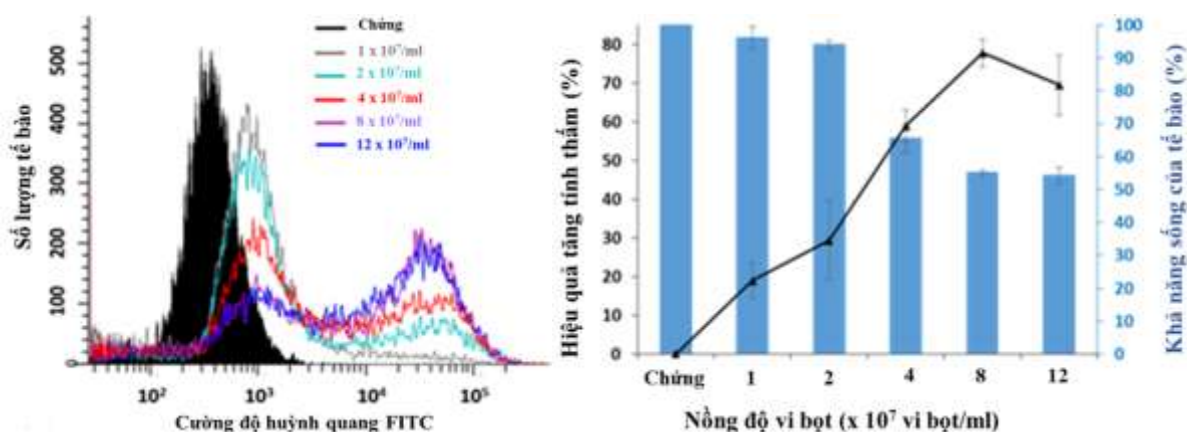


Hình 1. Hình ảnh tế bào phát huỳnh quang biểu thị tính thấm qua màng tế bào thay đổi theo nồng độ vi bọt

Ghi chú: “Chứng” là nhóm tế bào không được chuyển gen với hệ vi bọt.

Kết quả ở Hình 2 cũng thể hiện xu hướng tương tự, khi tăng nồng độ VCMB ($[1, 2, 4 \text{ và } 8] \times 10^7$ vi bọt/ml) dẫn đến tăng cường tính thấm màng tế bào tương ứng ($18,97 \pm 4,53\%$, $29,40 \pm 10,4\%$, $59,01 \pm 4,05\%$ và $77,80 \pm 3,52\%$). Tuy nhiên, đã có sự giảm đáng kể về khả năng sống của tế bào ($96,13 \pm 3,46\%$, $94,01 \pm 1,37\%$, $65,51 \pm 4,16\%$ và $55,13 \pm 0,73\%$) do sự xâm thực

của của vi bọt và tổn thương tế bào dưới tác động của siêu âm tập trung. Ở mức nồng độ của VCMB là 12×10^7 vi bọt/ml cho thấy khả năng sống của tế bào giảm còn $54,38 \pm 2,50\%$ với mức thấm calcein là $69,56 \pm 7,78\%$. Do đó, việc tối ưu hóa nồng độ vi bọt cần xem xét đồng thời tính thấm của màng tế bào và khả năng sống của tế bào.



Hình 2. Đồ thị biểu thị tính thấm qua màng và khả năng sống của tế bào ở các nồng độ vi bọt khác nhau

Ghi chú: “Chứng” là nhóm tế bào không được chuyển gen với hệ vi bọt; Hình trái: Tính thấm của màng tế bào thể hiện qua cường độ huỳnh quang; Hình phải: Hiệu quả tăng tính thấm qua màng và khả năng sống của tế bào.

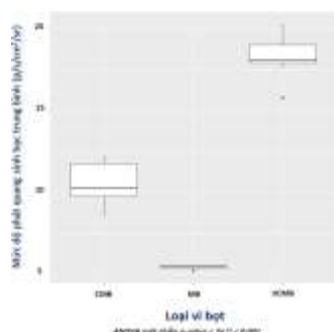
Ở kết quả nghiên cứu trước đây cũng cho thấy để cân bằng và đạt được cả 2 mục đích, vừa tăng hiệu quả chuyển gen và vừa tăng số lượng tế bào sống sót, chúng tôi lựa chọn nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml để tiến hành các nghiên cứu kế tiếp.

Kết quả đánh giá ảnh hưởng của thành phần tạo vi bọt đến hiệu quả chuyển gen thông qua kết quả biểu hiện gen

Thí nghiệm này đánh giá ảnh hưởng của một số thành phần chính tham gia tạo các loại vi bọt tới kết quả biểu hiện gen mã hóa luciferase và khả năng sống của tế bào ở nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml và thời điểm 2 ngày sau chuyển gen. Khả năng chuyển gen được biểu thị thông qua mức độ phát quang sinh học trung bình thể hiện ở Hình 3 và khả năng sống của tế bào thể hiện ở Hình 4 của vi bọt

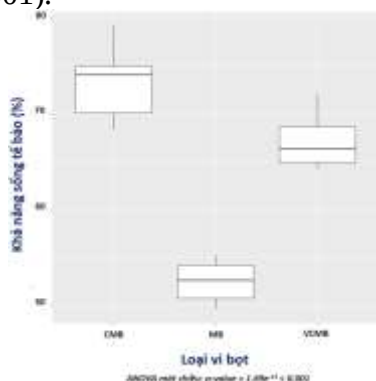
đa chức năng (VCMB) so với 2 vi bọt đối chứng (CMB và MB).

Từ Hình 3 cho thấy, khả năng chuyển gen của hệ vi bọt đa chức năng VCMB (ứng với mức phát quang sinh học trung bình là $(18,24 \pm 1,23) \times 10^3$ p/s/cm²/sr) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với khả năng chuyển gen của MB (ứng với mức phát quang sinh học trung bình là $(5,43 \pm 0,10) \times 10^3$ p/s/cm²/sr) ($p < 0,001$) và CMB ($p < 0,001$) (ứng với mức phát quang sinh học trung bình là $(10,55 \pm 1,28) \times 10^3$ p/s/cm²/sr).



Hình 3. Ảnh hưởng của các loại vi bọt đến kết quả biểu hiện gen

Hình 4 cho thấy khả năng sống cao nhất ở tế bào được chuyển gen bằng CMB, sau đó là VCMB (tương ứng 72,67% và 68,24 %) và thấp nhất là MB (52,41 %). Khả năng sống của tế bào và khả năng chuyển gen giữa các loại vi bọt khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Hình 4. Ảnh hưởng của các loại vi bọt đến khả năng sống của tế bào

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của một số nghiên cứu trước đã chứng minh sự gia tăng nồng độ vi bọt có thể thúc đẩy tăng hiệu quả chuyển gen và giảm khả năng sống của tế bào [6]. Để tăng hiệu quả chuyển gen, vi bọt thường được sử dụng ở nồng độ thích hợp để có thể tạo ra tác dụng tích cực. Nếu nồng độ quá thấp, khoảng cách giữa các vi bọt lớn sẽ làm giảm tác dụng chuyển gen đồng đều giữa các vị trí đích. Nếu nồng độ quá cao, các vi bọt sẽ dày đặc, có thể ngăn cản sóng siêu âm đến các lớp vi bọt tiếp xúc gần với tế bào nhất, hoặc có thể gây mở các “lỗ hổng” trên màng tế bào quá nhiều gây chết tế bào trực tiếp. Calcein là thuốc nhuộm sau khi bị thủy phân bởi các esterase nội bào chuyển thành sản phẩm thân nước phát huỳnh quang xanh lá và lưu giữ lại trong tế bào chất. Ở Hình 1 và Hình 2 (phải), cùng thời gian tiếp xúc với vi bọt và siêu âm, khi tăng dần nồng độ vi bọt đến 8×10^7 vi bọt/ml, tín hiệu huỳnh quang tăng dần sau đó giảm dần ở nồng độ vi bọt cao hơn. Điều này gợi ý rằng khi tăng nồng độ lên đến 8×10^7 vi bọt/ml, khả năng thâm của tế bào đối với calcein tăng theo. Ở nồng độ cao hơn, có thể đã khiến tế bào bị vỡ màng tế bào, không còn toàn vẹn do đó không diễn ra được phản ứng chuyển hóa calcein trong nội bào và dẫn tới giảm tín hiệu huỳnh quang. Với mục tiêu tiêu diệt tế bào ung thư thông qua gen trị liệu được vận chuyển nhờ vi bọt và siêu âm tập trung, mà không gây chết tế bào trực tiếp do gây vỡ màng tế bào quá mức, việc lựa chọn một nồng độ vi bọt phù hợp là cần thiết. Thực tế, một số nghiên cứu đã chỉ ra nồng độ vi bọt thường nằm trong khoảng 10^7 - 10^9 vi bọt/ml, tương ứng với khoảng cách giữa các vi bọt là khoảng hàng chục micromet. Kết quả của chúng tôi (ở Hình 1 và 2) cũng thống nhất với nhận định trên, nồng độ hệ vi bọt đa chức năng là 4×10^7 vi bọt/ml làm tăng tính thấm màng tế bào và khả năng sống của tế bào (khoảng 70%). Ở kết

qua nghiên cứu trước đây của chúng tôi cũng đã khảo sát các mức nồng độ VCMB khác nhau (từ 2×10^7 vi bọt/ml đến 16×10^7 vi bọt/ml) và đánh giá kết quả biểu hiện gen mã hóa luciferase và khả năng sống của tế bào ở các mốc thời gian khác nhau sau chuyển gen (1, 2 và 3 ngày), kết quả cho thấy ở mức nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml và thời điểm 2 ngày sau chuyển gen là phù hợp để tăng mức độ biểu hiện gen và khả năng sống của tế bào. Kết quả nghiên cứu ở Hình 1 và 2 giúp làm rõ lý do ở mức nồng độ vi bọt (4×10^7 vi bọt/ml) tăng hiệu quả biểu hiện gen là do tăng tính thấm màng tế bào, tăng khả năng nhập bào của hệ vi bọt. Điều này chứng tỏ rằng vi bọt và siêu âm đã giúp “mở” màng tế bào để có thể thấm vào trong và tăng cường hiệu quả chuyển gen [3].

Kết quả này cũng tương tự như các kết quả được chỉ ra trong một số nghiên cứu đã được tiến hành trước đây [6]. Tuy vậy, việc lựa chọn nồng độ vi bọt 4×10^7 vi bọt/ml cũng mang tính chất tương đối chủ quan để cân bằng khả năng chuyển gen và khả năng sống của tế bào và đây là một nhược điểm của nghiên cứu này.

Dòng tế bào u thần kinh đệm là dòng tế bào tiền thân chính của khối u não. Do vậy, để hướng tới điều trị gen hướng đích u não, nghiên cứu được tiến hành trên dòng tế bào u thần kinh đệm U87. Đây là dòng tế bào u nguyên bào thần kinh đệm được sử dụng rất nhiều trong các nghiên cứu và có sự khác biệt về sự biểu hiện các nhóm protein thụ thể kích thích tăng trưởng so với các dòng tế bào u thần kinh đệm nguồn gốc từ người khác. Vì vậy, tế bào U87 được lựa chọn để đánh giá hiệu quả chuyển gen của hệ vi bọt do chúng biểu hiện nhiều hơn nhóm thụ thể này.

Một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng chuyển gen là thành phần và các phối tử gắn vào vi bọt [2],[7]. Karshafian và cộng sự đã chứng minh vi bọt có lớp vỏ là lipid cho

thấy hiệu quả nhập bào vượt trội hơn so với vi bọt có lớp vỏ là protein [7]. Có thể giải thích là lipid sẽ tạo thành lớp vỏ mỏng hơn và linh hoạt hơn cho các vi bọt, trong khi vỏ polyme hoặc protein thường dày hơn và cứng hơn. Đồng thời, chúng có xu hướng bị phân mảnh thành các vi bọt “con” nhỏ hơn sau khi bị tác động bởi siêu âm, qua đó duy trì sự xâm nhập trong thời gian dài hơn. Do vậy, nghiên cứu này sử dụng thành phần tạo vi bọt chủ yếu là lipid và gắn phối tử là kháng thể kháng VEGFR2. Nghiên cứu này cũng sử dụng ba loại vi bọt làm vector chuyển gen là VCMB, CMB và MB. Với vi bọt VCMB (mẫu thử) có gắn kháng thể kháng VEGFR2, nhằm tăng khả năng hướng đích, tiếp cận tế bào ung thư não. Hai loại vi bọt CMB và MB làm mẫu chứng (không gắn kháng thể kháng VEGFR2) để so sánh. CMB là loại vi bọt có thành phần phospholipid mang điện tích dương (giống VCMB) để có thể tăng cường tạo phức hợp với pLUC mang điện tích âm so với MB trung tính. Kết quả ở Hình 3 cho thấy, loại vi bọt đa chức năng VCMB thể hiện khả năng chuyển gen tốt nhất so với 2 loại vi bọt (MB, CMB). Điều này cho thấy vai trò quan trọng của thành phần lớp màng phospholipid của vi bọt. CMB (vi bọt mang điện tích dương) có thêm thành phần là DPTAP so với MB. DPTAP mang điện tích dương kết hợp với MB tạo thành CMB, điện tích dương giúp đóng gói ADN (điện tích âm) dễ dàng hơn nhờ tương tác tĩnh điện, từ đó tăng hiệu quả chuyển gen so với MB ($p < 0,001$). Tuy nhiên, nếu CMB được gắn thêm kháng thể kháng VEGFR2 tạo thành VCMB sẽ làm tăng ái lực của hệ vi bọt này với tế bào hơn, giúp cho hiệu quả chuyển gen tốt hơn ($p < 0,001$). Trong quá trình hình thành và phát triển khối u, thụ thể VEGFR2 xuất hiện nhiều trên bề mặt tế bào ung thư của khối u để tiếp nhận và gắn đặc hiệu với yếu tố tăng trưởng (VEGF) làm hoạt hóa truyền tin

theo kiểu dòng thác và kích thích tăng sinh tế bào và hình thành mạch máu bao xung quanh khối u [5]. Mục đích gắn kháng thể kháng VEGFR2 vào vi bọt là “hướng đích” chủ động cho hệ vi bọt đến các tế bào khối u và hệ mạch máu bao xung quanh khối u, giúp các vi bọt tập trung ở các tế bào ung thư và do đó có thể tăng khả năng chuyển gen điều trị, giảm tác dụng phụ cho mô lành. Từ đó, có thể thấy vi bọt điện tích dương được gắn với phối tử là kháng thể kháng VEGFR2 (VCMB) có khả năng chủ động gắn vào bề mặt của tế bào khối u, giúp tăng hiệu quả chuyển gen và tạo ra tác dụng điều trị khối u não.

Mặt khác, khả năng sống cao nhất ở tế bào được chuyển gen bằng CMB, sau đó là VCMB và thấp nhất là MB (Hình 4). Khả năng sống của tế bào khi sử dụng cả 3 loại vi bọt thấp hơn hẳn so với không sử dụng vi bọt (100%), cho thấy siêu âm là tác nhân chính gây tổn thương tế bào, mặc dù siêu âm giúp tăng hiệu quả chuyển gen do tăng tính thấm. Sử dụng MB kết hợp siêu âm gây chết tế bào nhiều hơn CMB kết hợp siêu âm và VCMB kết hợp siêu âm. Do vậy, từ kết quả trên cho thấy hệ vi bọt đa chức năng VCMB vừa có hiệu quả chuyển gen tốt nhất (có khả năng tăng tính thấm cao nhất), vừa có thể hạn chế mức độ chết tế bào.

V. KẾT LUẬN

Hệ vi bọt đa chức năng trong nghiên cứu này có khả năng tăng hiệu quả chuyển gen thông qua tăng tính thấm qua màng tế bào u thần kinh đệm người (tế bào U87), tăng tính thấm qua màng và hạn chế mức độ chết tế bào ở nồng độ 4×10^7 vi bọt/ml. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy hệ vi bọt đa chức năng có các thành phần phù hợp giúp cho hệ vi bọt này vừa tăng biểu hiện gen, vừa có thể giảm mức độ chết tế bào.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được hỗ trợ kinh phí từ đề tài Nghị định thư hợp tác quốc tế với Đài Loan, cấp Quốc gia; Mã số: NĐT.65.TW/19; do Bộ Khoa học và Công nghệ làm chủ quản “Nghiên cứu bào chế và đánh giá tác dụng hệ vi bọt đa chức năng trong trị liệu gen hướng đích u não trên mô hình in vitro và in vivo” và sự hỗ trợ chuyên môn của GS. Chih-Kuang Yeh, Đại học Quốc gia Thanh Hoa, Đài Loan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Anh Thor, Nguyễn Thị Lập, Nguyễn Phi Toàn, Nguyễn Xuân Bắc, Đào Thị Mai Anh, Mai Văn Hiên và cộng sự.** Đánh giá đặc điểm lý, sinh học của hệ vi bọt mang gen HSV-TK và kháng thể kháng VEGFR2 hướng đích. [tên tiếng Anh: Evaluation of the physical and biological characteristics of the HSV-TK gene-loaded VEGFR2-targeted microbubble system]. Nghiên cứu Dược và Thông tin thuốc. 2021, 6(12): trang 26-34.
2. **Bloch SH, Wan M, Dayton PA, Ferrara KW.** Optical observation of lipid- and polymer-shelled ultrasound microbubble contrast agents. Appl. Phys. Lett. 2004, 84: 631–633.
3. **Burgess A, Huang Y, Querbes W, Sah DW, Hynynen K.** Focused ultrasound for targeted delivery of siRNA and efficient knockdown of Htt expression. J Control Release. 2012, 163(2): 125-129.
4. **Endo-Takahashi Y, Negishi Y, Nakamura A, Suzuki D, Ukai S, Sugimoto K et al.** pDNA-loaded bubble liposomes as potential ultrasound imaging and gene delivery agents. Biomaterials. 2013, 34(11): 2807-2813.
5. **Fan CH, Ho YJ, Lin CW, Wu N, Chiang PH, Yeh CK.** State-of-the-art of ultrasound-triggered drug delivery from ultrasound-

- responsive drug carriers. Expert Opin Drug Deliv. 2022, 19(8): 997-1009.
6. **Han YW, Ikegami A, Chung P, Zhang L, Deng CX.** Sonoporation is an efficient tool for intracellular fluorescent dextran delivery and one-step double-crossover mutant construction in *Fusobacterium nucleatum*. Appl Environ Microbiol. 2007, 73(11): 3677-3683.
7. **Karshafian R, Samac S, Bevan PD, Burns PN.** Microbubble mediated sonoporation of cells in suspension: clonogenic viability and influence of molecular size on uptake. Ultrasonics. 2010, 50(7): 691-697.
8. **Tran TAT, Nguyen TP, Duong NHT, Nguyen BX, Bui CK, Nguyen LT et al.** Effect of ultrasonic parameters on gene transfection efficiency and cell viability of the multifunctional microbubble in vitro. Journal of Drug Delivery Science and Technology. 2022, 77: 103882.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ VI NHŨ TƯƠNG DICLOFENAC ĐỊNH HƯỚNG DÙNG TRÊN MẮT

Hoàng Thị Ánh Nhật¹, Phạm Văn Hùng¹, Nguyễn Thị Thanh Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là bào chế được vi nhũ tương acid diclofenac 0,093% (tương ứng natri diclofenac 0,1%) có một số chỉ tiêu chất lượng phù hợp để định hướng dùng trên mắt. Giản đồ pha trắng không chứa được chất được xây dựng bằng phương pháp chuẩn độ nước. Các mẫu vi nhũ (VNT) tương acid diclofenac với các thành phần được lựa chọn từ giản đồ pha được bào chế và đánh giá một số đặc tính như kích thước tiểu phân, phân bố kích thước tiểu phân, khả năng giải phóng được chất qua màng, pH, chỉ số khúc xạ (RI), sức căng bề mặt, phương pháp tiệt khuẩn và khả năng kích ứng mắt. Các mẫu VNT M1, M6, M7 chứa acid diclofenac, dầu IPM, chất diện hoạt Tween 80, chất đồng diện hoạt Transcutol P, chất bảo quản benzalkonium

chlorid, pha nước lần lượt là nước tinh khiết, đệm phosphat và đệm borat có kích thước giọt trong khoảng 17-21 nm với phân bố hẹp (PDI <0,25). Giá trị pH, RI, sức căng bề mặt phù hợp dùng trên mắt. Hấp tiệt khuẩn là một phương pháp tiệt khuẩn vi nhũ tương tiềm năng trong nghiên cứu này. Mẫu M1, M6, M7 có mức độ kích ứng mắt nhẹ, tỷ lệ được chất giải phóng cao trong các thời điểm đầu và có tiềm năng giải phóng được chất kéo dài (trên 8 giờ).

Từ khóa: diclofenac, giải phóng kéo dài, HET-CAM, vi nhũ tương, nhãn khoa

SUMMARY

PREPARATION OF DICLOFENAC MICROEMULSION AS AN OCULAR DELIVERY SYSTEM

The aim of this study is to develop a microemulsion (ME) containing 0.093% diclofenac acid (equivalent to 0.1% diclofenac sodium) for ocular delivery that can provide extended release of diclofenac acid (DA) and evaluate some properties of microemulsions. Phase diagrams were constructed by the titration method. The MEs containing DA using the

¹Hanoi University of Pharmacy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Duyên
SĐT: 0945361379

Email: duyenntt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

selected phase diagram were prepared by phase titration and characterized by physical stability, particle size and distribution, in vitro release, pH, refractive index (RI), surface tension, sterilization method, and potential ocular irritancy. These MEs M1, M6, and M7 containing DA, isopropyl myristate (oil phase), Tween 80 (surfactant), Transcutol P (co-surfactant), and benzalkonium chloride (preservative), along with the respective aqueous phases of purified water, phosphate buffer, and borate buffer, had the average droplet size formed in the range of 17-21 nm with a narrow distribution (polydispersity index (PDI) <0.25). The pH, RI, and surface tension of the formulations are appropriate for ocular application. Autoclaving is a viable method for sterilizing microemulsions in this study. ME from M1, M6, and M7 formulas were associated with mild ocular irritation, a high drug release rate during the initial stages (approximately 50% within 4 hours), and the potential for extended drug release (over 8 hours).

Keywords: diclofenac, extended release, HET-CAM, microemulsion, ocular

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắt là một cơ quan phức tạp, có nhiều rào cản vật lý và sinh hóa để bảo vệ khỏi các mầm bệnh và tác nhân hóa học. Tuy nhiên, chính những rào cản này cũng làm cho các loại thuốc điều trị nhãn khoa khó có thể đạt được mục tiêu điều trị. Vì vậy, các dạng bào chế mới ngày càng được quan tâm và nghiên cứu nhiều hơn. Vi nhũ tương (VNT) là một dạng bào chế hiện đại, bao gồm các thành phần chính như dầu, chất diện hoạt (CDH), chất đồng diện hoạt (CDDH), và có tiềm năng thay thế các dạng bào chế nhãn khoa truyền thống.

Diclofenac một dược chất thuộc nhóm chống viêm không steroid, có chỉ định điều trị viêm sau mổ đục thủy tinh thể, giảm đau tạm thời sau phẫu thuật khúc xạ giác mạc [1]. Tuy nhiên các chế phẩm thuốc nhỏ mắt

diclofenac hiện có trên thị trường chủ yếu ở dạng dung dịch natri diclofenac 0,1%, thời gian tác dụng ngắn nên người bệnh phải dùng thuốc ít nhất 4 – 5 lần một ngày [3]. Acid diclofenac có log P = 4,51, cao hơn dạng muối natri diclofenac log P = 0,7, có tiềm năng tăng khả năng khuếch tán thụ động qua màng sinh học và cải thiện tính thấm qua giác mạc so với natri diclofenac, đồng thời hạn chế sự rửa trôi dược chất bởi nước mắt.

Để cải thiện thời gian tác dụng của diclofenac khi dùng trên mắt và tiếp cận dạng bào chế mới là VNT, đề tài được tiến hành với mục tiêu: Bào chế được vi nhũ tương acid diclofenac 0,093% (tương ứng natri diclofenac 0,1%) có một số chỉ tiêu chất lượng phù hợp để định hướng dùng trên mắt.

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu

Acid diclofenac, acid oleic, Miglyol 810, PEG 400, propylen glycol, glycerin, Tween 80 (Trung Quốc), IPM (Malaysia), Acrysol K140 (Ấn Độ), Transcutol P (Pháp), benzalkonium clorid (Đức) và một số hóa chất thường quy đạt tiêu chuẩn dược dụng.

2.2. Phương pháp bào chế

2.2.1. Xác định độ tan của diclofenac acid trong các tá dược

Cho lượng dư acid diclofenac vào tá dược, khuấy từ tốc độ 300 vòng/phút trong 48 giờ, duy trì ở nhiệt độ phòng. Ly tâm tốc độ 6000 vòng/phút trong 30 phút. Lọc dịch qua màng lọc 0,45 µm, định lượng acid diclofenac bằng phương pháp đo độ hấp thụ ở bước sóng 280 nm trong ethanol 96% [12].

2.2.2. Xây dựng giản đồ pha trắng không chứa dược chất

Phối hợp CDH và CDDH với các tỷ lệ Km là 3:1...1:0 tạo thành hỗn hợp Smix trong đó Km là tỷ lệ CDH/CDDH (kl/kl). Phối hợp Smix và dung môi dầu với các tỷ lệ N là 9,5:0,5...0,5:9,5, trong đó N là tỷ lệ Smix/dầu

(kl/kl) tạo thành hỗn hợp A. Nhỏ từ từ nước tinh khiết vào hỗn hợp A bằng buret, vừa nhỏ vừa khuấy đều bằng máy khuấy từ. Quy ước hệ tạo thành trong suốt và độ nhớt thấp là VNT hoặc dung dịch micel, hệ trong suốt và có độ nhớt cao là gel, hệ đục như sữa là nhũ tương. GDP được vẽ bằng phần mềm Chemix 10.0. Các thành phần trong công thức được biểu diễn theo tỷ lệ kl/kl.

2.2.3. Bào chế vi nhũ tương diclofenac acid

Bào chế các mẫu có tỷ lệ các thành phần trong công thức thuộc vùng tạo VNT như sau: Hòa tan dược chất vào pha dầu. Khuấy đều CDH và CDDH tạo thành hỗn hợp Smix. Khuấy đều pha dầu và hỗn hợp Smix tạo thành hỗn hợp A. Hòa tan chất bảo quản, chất điều chỉnh pH (nếu có) vào nước tinh khiết, khuấy đều với hỗn hợp A thu được VNT.

2.3. Phương pháp đánh giá

2.3.1. Hình thức

Đánh giá bằng cảm quan: VNT tạo thành trong suốt hoặc trong mờ, đồng nhất, không có tiểu phân quan sát được bằng mắt thường.

2.3.2. Kích thước tiểu phân (KTTP) trung bình, phân bố kích thước tiểu phân

Sử dụng máy phân tích Zetasizer Ultra, pha loãng mẫu 10 lần với nước cất, góc tán xạ 1730, chỉ số khúc xạ 1,43, thu được giá trị KTTP trung bình và chỉ số đa phân tán (PDI).

2.3.3. Độ ổn định vật lý

Đánh giá KTTP, PDI của VNT ngay sau

bào chế và sau bảo quản ở 6 chu kỳ nóng-lạnh (4°C và 45°C), thời gian bảo quản ở mỗi nhiệt độ là 48 giờ [9].

2.3.4. Khả năng giải phóng dược chất (GPDC)

Sử dụng hệ thống thử giải phóng qua màng Hanson Research, màng giải phóng cellulose acetat 0,2 μ m, nhiệt độ $32 \pm 1^\circ\text{C}$, tốc độ khuấy 600 vòng/phút [10]. Môi trường 7 mL dung dịch đệm phosphat pH 7,4:ethanol 96%=3:1. Thời điểm lấy mẫu 0,5; 1; 2; 3; 4; 5; 8 giờ. Tỷ lệ GPDC qua màng tại thời điểm

$$t: H = \frac{1}{m_t} \cdot (C_t \cdot 7 + v \cdot \sum_{i=1}^{t-1} C_i) \cdot 100 (\%)$$

Trong đó: H là tỷ lệ dược chất giải phóng so với lượng đem thử (%); C_t và C_i lần lượt là nồng độ dược chất trong môi trường giải phóng tại thời điểm thứ t và thứ i ($\mu\text{g/mL}$); v là thể tích mẫu lấy tại từng thời điểm (mL), m_t là lượng DA có trong mẫu VNT đem thử (μg).

2.3.5. Tính kích ứng mắt (thử nghiệm HET-CAM)

Trứng gà được ấp đến ngày thứ 9 ở nhiệt độ $38,3 \pm 0,2^\circ\text{C}$, độ ẩm $58 \pm 5\%$. Nhỏ 0,3 mL chế phẩm thử lên bề mặt màng đệm trứng gà. Quan sát các phản ứng sung huyết, xuất huyết và đông máu tại các thời điểm 0,5, 2 và 5 phút. Mỗi mẫu thử tiến hành 3 lần, tính tổng điểm các phản ứng ở mỗi lần theo bảng 1, lấy điểm trung bình và đối chiếu với bảng 2 để phân loại mức độ kích ứng [5], [7].

Bảng 3. Bảng điểm đánh giá trong thử nghiệm HET-CAM

Phản ứng	Điểm		
	0,5 phút	2 phút	5 phút
Sung huyết	5	3	1
Xuất huyết	7	5	3
Đông máu	9	7	5

Bảng 4. Bảng điểm phân loại kích ứng trong thử nghiệm HET-CAM

Khoảng điểm	0 - 0,9	1 - 4,9	5 - 8,9	9 - 21
Loại kích ứng	Không kích ứng	Kích ứng nhẹ	Kích ứng trung bình	Kích ứng nghiêm trọng

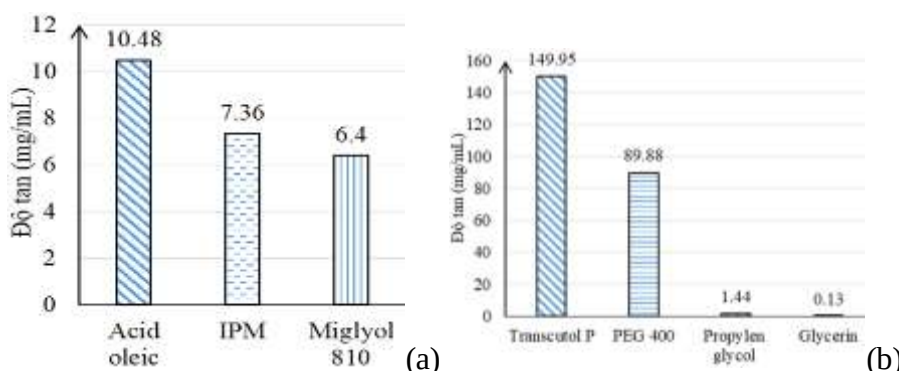
Ngoài ra các mẫu VNT được đánh giá sức căng bề mặt [11], pH và chỉ số khúc xạ.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả nghiên cứu tiền công thức

3.1.1. Độ tan của diclofenac acid trong một số tá dược

Tiến hành xác định độ tan của DA trong một số tá dược thu được kết quả trong Hình



Hình 1. Độ tan của acid diclofenac trong một số tá dược: (a) dầu, (b) chất đồng diện hoạt

3.1.2. Kết quả xây dựng giản đồ pha trắng không chứa dược chất

Để đánh giá ảnh hưởng của thành phần công thức đến khả năng tạo VNT, tiến hành xây dựng GDP trắng không chứa DA với

1. Dựa vào khả năng hòa tan tốt dược chất, lựa chọn OA, IPM làm dung môi dầu, Transcutol P, PEG 400 làm CDDH cho các nghiên cứu tiếp theo. Để hòa tan hết 0,093% DA, trong công thức, lượng dầu OA tối thiểu là 9%, lượng dầu IPM tối thiểu là 13%.

các hệ tá dược theo Bảng 4, thu được kết quả tương ứng trong Hình 2a-2d. Tiêu chí cho hệ tá dược diện tích tạo vùng VNT có lượng dầu đủ hòa tan hết dược chất trên GDP lớn nhất.

Bảng 5. Thành phần hệ tá dược cho giản đồ pha trắng không chứa dược chất

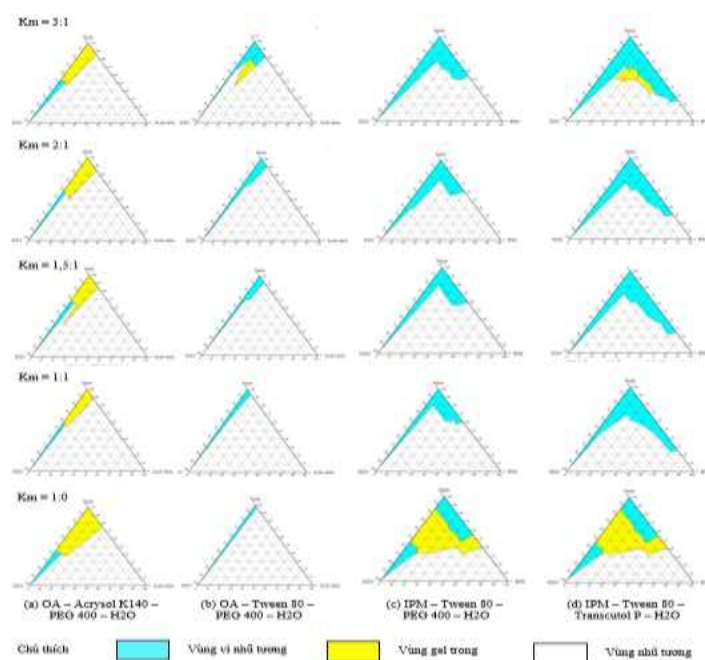
	Hệ 2a	Hệ 2b	Hệ 2c	Hệ 2d
Pha dầu	Acid oleic	Acid oleic	IPM	IPM
Chất diện hoạt	Acrysol K140	Tween 80	Tween 80	Tween 80
Chất đồng diện hoạt	PEG 400	PEG 400	PEG 400	Transcutol P

Khi tăng tỉ lệ Km từ 1:1 đến 3:1 thì diện tích vùng VNT tăng, có thể do sự gia tăng nồng độ CDH làm tăng diện tích của vùng tự nhũ hóa [4]. GDP không sử dụng CDDH có diện tích vùng VNT nhỏ hơn các GDP khác, chứng minh CDDH đóng vai trò hỗ trợ hình thành VNT. Khi tỉ lệ N (Smix/dầu) càng cao thì khả năng tạo VNT càng tốt.

Ở cùng tỉ lệ Km, diện tích vùng VNT ở GDP sử dụng CDH là Tween 80 lớn hơn Acrysol K140, có thể do Acrysol K140 có độ nhớt cao, dẫn đến hình thành vùng tạo gel

*Các hệ tá dược đều có pha nước là nước tinh khiết rộng. Diện tích vùng VNT của hệ sử dụng dung môi dầu là IPM lớn hơn acid oleic, có thể do IPM là loại dầu có khả năng tạo thành VNT tốt nhờ khối lượng phân tử thấp và cấu trúc hóa học phù hợp [2]. Diện tích vùng VNT của hệ sử dụng CDDH là Transcutol P lớn hơn PEG 400.

VNT với thành phần dung môi dầu là IPM, Tween 80 và Transcutol P phối hợp tỷ lệ 3:1 cho diện tích vùng VNT xác định trên GDP là lớn nhất được lựa chọn để xây dựng công thức VNT DA



Hình 2. Biểu đồ pha xác định vùng hình thành vi nhũ tương

3.2. Kết quả bào chế và đánh giá một số đặc tính của vi nhũ tương acid diclofenac

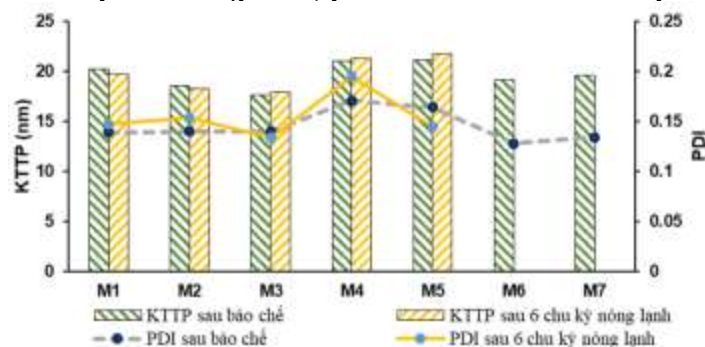
Từ biểu đồ pha lựa chọn sau mục 2.1.2, tiến hành bào chế các mẫu có tỷ lệ các thành phần trong công thức thuộc vùng tạo VNT như trong Bảng 5 và tiến hành đánh giá một số đặc tính của VNT DA.

Bảng 6. Công thức vi nhũ tương diclofenac acid

Thành phần (% kl/tt)	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
IPM	13	13	13	13.5	14	13	13
Smix	65	70	74	67.5	70	65	65

(Chú thích: các công thức có thành phần cố định là DA 0,093 %, BKC 0,01% (khối lượng/thể tích), các mẫu M1-M5 có pha nước là nước tinh khiết, mẫu M6 pha nước là đệm phosphat 0,02M pH 7,4, mẫu M7 có pha nước là đệm borat 0,02M pH 7,4).

3.2.1. Kích thước tiểu phân trung bình, phân bố kích thước tiểu phân

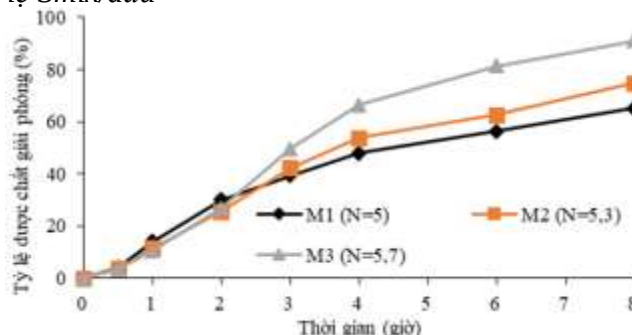


Hình 3. Kích thước tiểu phân, PDI của các mẫu vi nhũ tương acid diclofenac

*Các mẫu M6, M7 sau 6 chu kỳ nóng lạnh chưa có dữ liệu

Kết quả Hình 3 cho thấy: KTTP của các mẫu VNT nhỏ (khoảng 17 - 21 nm), PDI < 0,25 cho thấy phân bố kích thước hẹp. KTTP, PDI của các mẫu không thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) sau 6 chu kỳ nóng - lạnh. Như vậy tất cả mẫu VNT khảo sát đều ổn định vật lý nên đều được sử dụng cho các đánh giá sau.

Ảnh hưởng của tỷ lệ Smix/dầu



Hình 4. Ảnh hưởng của tỷ lệ Smix/ dầu

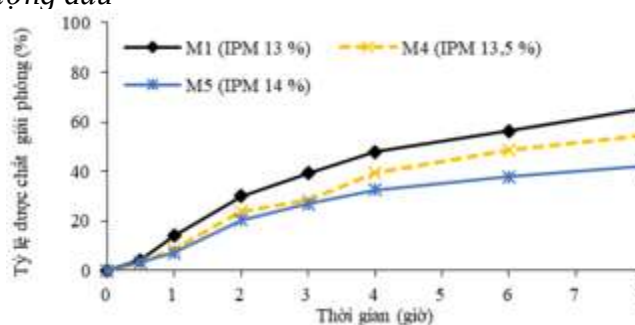
Kết quả đánh giá mẫu VNT M1, M2, M3 có cùng khối lượng dầu, tỷ lệ Smix/dầu (N) tăng dần (lần lượt là N = 5,0; 5,4; 5,7) thể hiện trong Hình 4. Trong 2 giờ đầu, mẫu M3 có tỷ lệ GPDC thấp nhất, có thể do các mẫu M1-M3 có tỷ lệ Smix/ dầu tăng dần, dẫn đến tăng độ nhớt của VNT. Độ nhớt mẫu càng cao thì càng cản trở phân tử dược chất giải phóng từ trong giọt dầu ra pha nước rồi khuếch tán qua màng. Từ thời điểm 3 giờ, tỷ

3.2.2. Khả năng giải phóng dược chất qua màng của vi nhũ tương acid diclofenac

Để đánh giá ảnh hưởng của một số yếu tố thuộc công thức, bào chế các mẫu VNT theo công thức trong Bảng 5, tiến hành đánh giá khả năng GPDC theo phương pháp trong mục 1.3.4.

lệ GPDC qua màng của mẫu M3 cao hơn mẫu M2 và M1, có thể do kích thước giọt của các mẫu M1, M2, M3 có xu hướng giảm dần (Hình 3). Kích thước giọt càng bé thì diện tích tiếp xúc giữa giọt dầu và pha nước càng lớn, đồng thời khoảng cách khuếch tán của dược chất từ trong giọt dầu ra pha nước càng giảm, dược chất có thể dễ dàng khuếch tán qua màng giải phóng làm tăng tỷ lệ GPDC ở các thời điểm sau.

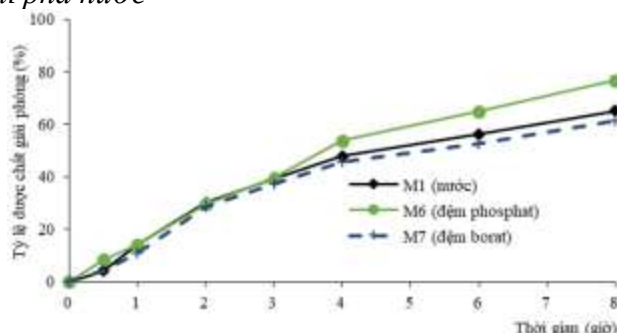
Ảnh hưởng của lượng dầu



Hình 5. Ảnh hưởng của lượng dầu

Kết quả đánh giá tỷ lệ DCGP của mẫu VNT M1, M4, M5 có cùng tỷ lệ Smix/dầu (N=5), khối lượng dầu tăng dần (lần lượt là 13%, 13,5% và 14%) được thể hiện trong Hình 5. Tỷ lệ GPDC của mẫu M5 < M4 <

M1, có thể do không chỉ lượng dầu các mẫu M5, M4 và M1 giảm dần, kéo theo giảm lượng Smix trong công thức làm giảm độ nhớt mà còn giảm về kích thước giọt (Hình 3).

Ảnh hưởng của loại pha nước**Hình 6. Ảnh hưởng của loại pha nước**

Kết quả Hình 6 cho thấy: Khi thay nước (M1) bằng đệm phosphat (M6), tỷ lệ GPDC qua màng tăng, thay nước bằng đệm borat (M7), tỷ lệ GPDC qua màng giảm. Các mẫu M1, M6, M7 có tỷ lệ được chất giải phóng cao ở những giờ đầu (khoảng 30% trong 2 giờ, 50% trong 4 giờ) và có tiềm năng giải phóng kéo dài trên 8 giờ (tại thời điểm 8 giờ mới khoảng 65% được chất giải phóng).

3.2.3. Chỉ số khúc xạ, pH, sức căng bề mặt

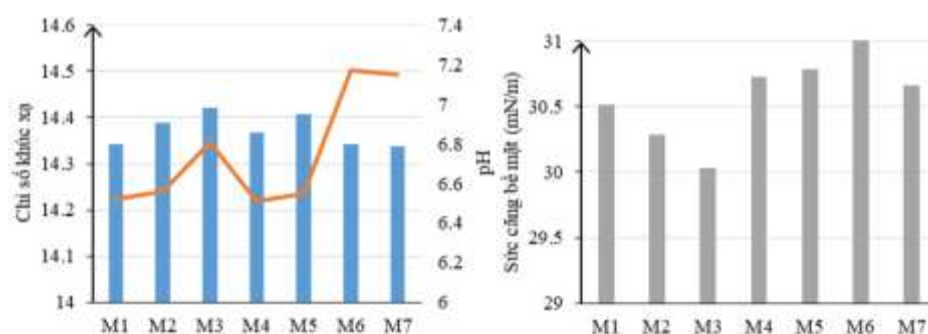
Tiến hành đo chỉ số khúc xạ, pH, sức căng bề mặt (SCBM) của các mẫu M1 đến M7 thu được kết quả thể hiện trong Hình 7.

Các mẫu VNT có chỉ số khúc xạ nằm trong khoảng 1,4342 – 1,4422. Chỉ số khúc

xạ của các mẫu VT nằm trong phạm vi có thể chấp nhận được của mắt (không cao hơn 1,476 với giá trị tối ưu là 1,404 [8]) nên hạn chế cảm giác khó chịu và giảm ảnh hưởng đến thị lực khi sử dụng.

Giá trị pH của các mẫu VNT có dao động từ 6,51 – 7,17, pH các mẫu đều gần trung tính, có tiềm năng hạn chế gây kích ứng mắt khi sử dụng.

SCBM các mẫu dao động từ 30,03 – 31,04 mN/m. Các mẫu VNT M1-M7 có SCBM thấp nên có tiềm năng cải thiện khả năng thấm ướt của chế phẩm, có thể sẽ dễ dàng lan tỏa nhanh, dễ bao phủ kín giác mạc sau khi nhỏ mắt.

**Hình 7. Chỉ số khúc xạ, pH, sức căng bề mặt của VNT acid diclofenac****3.2.4. Ảnh hưởng của phương pháp tiệt khuẩn đến một số đặc tính của vi nhũ tương**

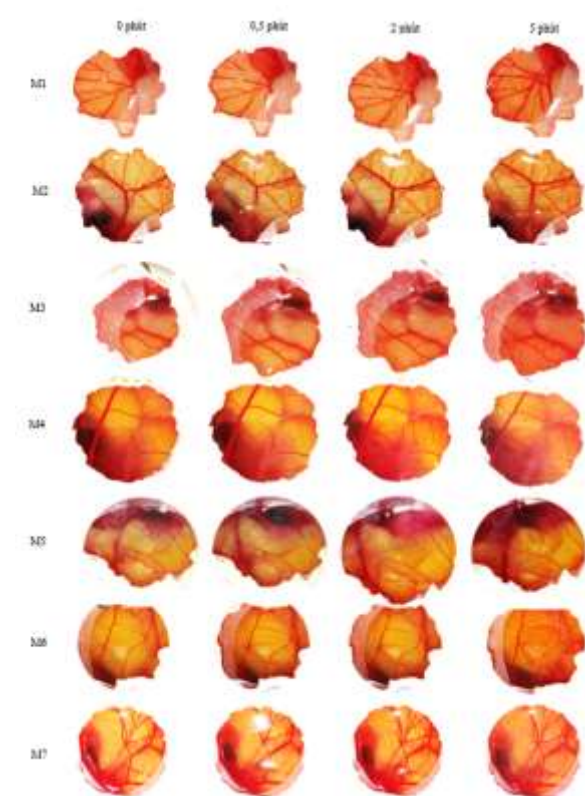
Do độ nhớt VNT khá cao nên phương pháp lọc qua màng lọc 0,2 μm không thể thực hiện. Với phương pháp hấp tiệt khuẩn, tiến hành tiệt khuẩn chế phẩm (mẫu VNT

M7) ở điều kiện 121 °C trong 15 phút. Kết quả cho thấy mẫu M7 trước và sau tiệt khuẩn không có sự thay đổi về hình thức. Các chỉ tiêu như pH, RI, hàm lượng, KTTTP và PDI trước và sau tiệt khuẩn của mẫu M7 không thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết

qua đánh giá ảnh hưởng của phương pháp tiết khuẩn đã cho thấy VNT là một hệ có thể cải thiện độ ổn định, hấp tiết khuẩn là một phương pháp tiềm năng để tiết khuẩn cho VNT trong nghiên cứu này.

3.2.5. Tính kích ứng mắt

Kết quả đánh giá tính kích ứng mắt của các mẫu VNT DA bằng thử nghiệm HET-CAM được thể hiện ở hình 5. Các mẫu VNT M1, M2, M3, M6 và M7 có mức độ kích ứng nhẹ (4,0 điểm). Hai mẫu VNT M4 và M5 có mức độ kích ứng trung bình (8,0 điểm). Đã có nghiên cứu báo cáo về kết quả dương tính giả khi đánh giá bằng HET-CAM so với thử nghiệm Draize (đánh giá tính kích ứng trên mắt thỏ) và nếu chất thử được phân loại là gây kích ứng (ở bất kỳ mức độ nào), nên tiến hành thêm các thử nghiệm đánh giá tính kích ứng bổ sung phù hợp [6].



Hình 8. Hình ảnh đánh giá tính kích ứng bằng HET-CAM của các mẫu vi nhũ tương

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng GDP và đánh giá ảnh hưởng thành phần tá dược đến sự hình thành của VNT trắng không chứa dược chất. Hệ vi nhũ tương gồm dầu IPM, chất diện hoạt Tween 80 và chất đồng diện hoạt Transcutol P phối hợp tỷ lệ Km = 3:1, nước tinh khiết cho diện tích vùng vi nhũ tương lớn nhất. Nghiên cứu đã bào chế và đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng để phù hợp định hướng dùng trên mắt của vi nhũ tương DA. Các mẫu VNT có KТПP nhỏ, PDI hẹp, ổn định vật lý sau 6 chu kỳ nóng – lạnh, pH, chỉ số khúc xạ, sức căng bề mặt phù hợp dùng trên mắt, đề xuất phương pháp hấp tiết khuẩn cho các mẫu VNT trong nghiên cứu này. Mẫu M1, M6, M7 có mức độ kích ứng mắt nhẹ, tỷ lệ được chất giải phóng cao trong các thời điểm đầu và có tiềm năng giải phóng được chất kéo dài (trên 8 giờ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022), Dược thư Quốc gia Việt Nam Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội
2. Djekic Ljiljana, Primorac Marija (2008), "The influence of cosurfactants and oils on the formation of pharmaceutical microemulsions based on PEG-8 caprylic/capric glycerides", International Journal of Pharmaceutics, 352(1-2), pp. 231-239.
3. Goa Karen L, Chrisp Paul (1992), "Ocular diclofenac: A review of its pharmacology and clinical use in cataract surgery, and potential in other inflammatory ocular conditions", Drugs & Aging, 2, pp. 473-486.
4. Habib F, El-Mahdy M, Maher S (2011), "Microemulsions for ocular delivery: evaluation and characterization", Journal of drug delivery science and technology, 21(6), pp. 485-489.
5. Luepke NP (1985), "Hen's egg chorioallantoic membrane test for irritation

- potential", Food and Chemical Toxicology, 23(2), pp. 287-291.
6. **Nóbrega Andréa Martins da, Alves Eloisa Nunes, Presgrave Rosaura de Farias, Costa Rodrigo Netto, Delgado Isabella Fernandes** (2012), "Determination of eye irritation potential of low-irritant products: comparison of in vitro results with the in vivo draize rabbit test", Brazilian Archives of Biology and Technology, 55, pp. 381-388.
 7. **Protocol ICCVAM, ICCVAM-Recommended Test Method Protocol: Hen's Egg Test—Chorioallantoic Membrane (HET-CAM) Test Method.** 2010, NIH Publication.
 8. **Radomska - Soukharev Anna Wojciechowska, Joanna** (2005), "Microemulsions as potential ocular drug delivery systems: phase diagrams and physical properties depending on ingredients", Acta Pol Pharm, 62(6), pp. 465-71.
 9. **Thakkar Priyanka J, Madan Parshotam, Lin Senshang** (2014), "Transdermal delivery of diclofenac using water-in-oil microemulsion: formulation and mechanistic approach of drug skin permeation", Pharmaceutical development and technology, 19(3), pp. 373-384.
 10. **The United States Pharmacopeial Convention** (2020), The United States Pharmacopeia, pp. 8475-8477.
 11. **Viện Tiêu chuẩn chất lượng Việt Nam** (2015), "Chất hoạt động bề mặt - Xác định sức căng bề mặt phân cách - Phương pháp thể tích giọt".

THỰC TRẠNG NHU CẦU GIÁO DỤC SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ HÀ TĨNH NĂM 2024

Nguyễn Sử Minh Ngọc¹, Phan Quốc Hội², Trần Minh Long³

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng nhu cầu giáo dục sức khỏe sinh sản (SKSS) của học sinh Trung học Phổ thông tại Thành phố Hà Tĩnh vào năm 2024. **Phương pháp:** Thiết kế mô tả cắt ngang được tiến hành trên 405 học sinh tại 3 trường THPT ở Thành phố Hà Tĩnh, từ

tháng 10/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Có 91,4% học sinh có nhu cầu được cung cấp thêm thông tin về SKSS, trong khi 8,6% không có nhu cầu. Nội dung học sinh quan tâm nhất là quan hệ tình dục an toàn (75,3%), vệ sinh cơ quan sinh dục đúng cách (65,4%), các bệnh lý nam khoa và phụ khoa (61,7%), phòng tránh xâm hại và lạm dụng tình dục (55,6%), các vấn đề liên quan đến mang thai, sinh đẻ và nạo phá thai (55,6%), chức năng và cấu tạo của cơ quan sinh dục (39,5%), và những thay đổi ở tuổi dậy thì (33,3%). Về kênh thông tin, 51,9% học sinh cho biết đã từng được giáo dục SKSS tại trường. Mạng internet là nguồn thông tin phổ biến nhất (81,5%), sau đó là sách báo, tài liệu (79%), bạn bè (77,7%), các buổi tuyên truyền tại trường (37,3%), cán bộ y tế/dân số (29,6%), chương trình truyền hình (25,9%), và

¹Trung tâm Y tế Thành phố Hà Tĩnh

²Trường Đại học Y khoa Vinh

³Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sử Minh Ngọc
SĐT: 0918385667

Email: sungocminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

phim ảnh (18,5%). **Kết luận:** Lý do lớn nhất khiến học sinh ngần ngại tìm hiểu về SKSS là sợ bị hiểu lầm là đang quan tâm đến nội dung không lành mạnh. Ngoài ra, nhiều học sinh không biết nguồn thông tin chính xác, một số cảm thấy không cần thiết, không có thời gian, và bị người lớn ngăn cản tìm hiểu.

Từ khóa: sức khỏe sinh sản, y tế công cộng

SUMMARY

CURRENT STATUS OF REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION NEEDS OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN HA TINH CITY IN 2024

Objective: This study aims to describe the reproductive health (RH) education needs of high school students in Ha Tinh City in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive design was conducted with 405 students from three high schools in Ha Tinh City from October 2023 to August 2024. **Results:** A total of 91.4% of students expressed the need for additional information on RH, while 8.6% did not. The most sought-after topics were safe sexual practices (75.3%), proper genital hygiene (65.4%), male and female reproductive health disorders (61.7%), prevention of sexual abuse and exploitation (55.6%), issues related to pregnancy, childbirth, and abortion (55.6%), the structure and function of the reproductive organs (39.5%), and changes during puberty (33.3%). Regarding information sources, 51.9% of students reported having received RH education at school. The internet was the most commonly used source (81.5%), followed by books and printed materials (79%), friends (77.7%), school-based educational programs (37.3%), health and population officers (29.6%), television programs (25.9%), and films (18.5%). **Conclusion:** The main reason students hesitated to seek information about RH was the fear of being misunderstood as engaging in

inappropriate content. Additionally, many students were unaware of reliable information sources, while some felt it was unnecessary, lacked time, or were discouraged by adults from learning about the topic.

Keywords: reproductive health, public health

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên (VTN) là giai đoạn hết sức quan trọng của con người đánh dấu sự thay đổi toàn diện cả về thể chất, tinh thần, khả năng tư duy, phát triển cảm xúc và nhận thức của mỗi con người. Là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người lớn. Đặc biệt tâm lý muốn bắt chước, học cách cư xử, hành vi của người lớn trong khi thiếu kiến thức, hiểu biết về giới tính, sức khỏe sinh sản làm cho nhóm thiếu niên trở thành nhóm có nguy cơ, dễ bị tổn thương [4], [7].

Theo báo cáo của Quỹ Dân số Liên hợp quốc năm 2022 (UNFPA), Việt Nam thuộc nhóm 20 nước có tỷ lệ phá thai vị thành niên cao nhất thế giới với khoảng 300.000 ca/năm [8]. Kết quả khảo sát của Chương trình sức khỏe vị thành niên tại Việt Nam do Bộ Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Bộ Giáo dục và Đào tạo thực hiện công bố cho thấy: Tỷ lệ học sinh quan hệ tình dục trước 14 tuổi là 1,48% năm 2013 và tăng lên 3,51% năm 2019 [6]. Đây không chỉ là một gánh nặng, thách thức lớn trong công tác dân số nước ta, mà đáng lưu tâm hơn là nó để lại những hậu quả nghiêm trọng cho thế hệ trẻ, những chủ nhân tương lai của đất nước. Vì vậy, việc cung cấp kiến thức, kỹ năng về các vấn đề SKSS tuổi dậy thì là hết sức quan trọng, và mang tính cấp thiết, đòi hỏi chúng ta cần có sự quan tâm đến sự phát triển đầy đủ về mặt thể chất, tinh thần của các em.

Tại Hà Tĩnh, chương trình giáo dục sức khỏe sinh sản cho học sinh Trung học phổ

thông (THPT) bắt đầu được thực hiện từ năm 2021, các chương trình này chủ yếu là các hoạt động ngoại khóa với sự phối hợp giữa các trường THPT trên địa bàn và sở y tế. Tuy nhiên tần suất các chương trình diễn ra chỉ 1 lần/năm và cho đến tháng 10/2023 mới có đến gần 10.000/17.242 học sinh THPT trên địa bàn toàn tỉnh tiếp cận được các chương trình này. Tuy nhiên các chương trình chỉ mới cung cấp các kiến thức về tình bạn, tình yêu chứ chưa thật sự đi sâu vào các nội dung giáo dục SKSS như nội dung về các bệnh NKĐSS và cách phòng tránh, sử dụng đúng các biện pháp tránh thai, tình dục an toàn lành mạnh,... Đến thời điểm hiện tại, Hà Tĩnh chưa có nghiên cứu nào về nhu cầu về giáo dục SKSS của trẻ vị thành niên đặc biệt là lứa tuổi THPT. Trong khi các thông tin này rất hữu ích trong việc chăm sóc, bảo vệ sức khỏe, tâm lý của VTN, đặc biệt trong bối cảnh kinh tế của Hà Tĩnh phát triển nhanh chóng như hiện nay. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu ***“Thực trạng kiến thức và nhu cầu giáo dục sức khỏe sinh sản của học sinh Trung học phổ thông tại Thành phố Hà Tĩnh năm 2024 và một số yếu tố liên quan”***.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** 450 học sinh tại 3 trường THPT Chuyên Hà Tĩnh, THPT Phan Đình Phùng, THPT Thành Sen

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Học sinh đang học tập tại trường năm học 2023-2024 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không có mặt tại thời điểm điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2023 đến hết tháng 08/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Trường THPT Chuyên Hà Tĩnh, Trường THPT Phan Đình Phùng, Trường THPT Thành Sen.

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

2.2.3. Cỡ mẫu: tính theo công thức:

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

Trong đó n: cỡ mẫu, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$, $p = 34,3\%$ (Tỷ lệ học sinh THPT có kiến thức chung về SKSS đạt trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa thực hiện trên 420 học sinh tại huyện Ninh Thủy, tỉnh Thái Bình năm 2022) [3], $d = 0,05$. Dự phòng 15% số người bỏ nghiên cứu hoặc trả lời không đầy đủ các câu hỏi chúng ta được cỡ mẫu $n=400$. Thực tế chúng tôi phỏng vấn được 405 học sinh.

2.2.4. Quy trình thu thập số liệu

ĐTV là cán bộ khoa Dinh dưỡng-Tiêm chủng, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh. Mỗi lớp có 1 ĐTV phụ trách. Các ĐTV đã được tập huấn về nội dung và phương pháp điều tra. Giám sát viên là nghiên cứu viên. Sau khi được BGH, giáo viên chủ nhiệm và các phụ huynh đồng ý, chúng tôi tiến hành tổ chức các buổi thu thập số liệu tại các lớp học. Khi tiến hành thu thập số liệu tại lớp, ĐTV giới thiệu mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, viết hướng dẫn lên bảng, học sinh được hướng dẫn thực hiện bộ câu hỏi tự điền trên smartphone thông qua phần mềm Kobotoolbox. Trong thời gian học sinh trả lời các câu hỏi, ĐTV sẽ luôn có mặt tại lớp học để trả lời các thắc mắc của học sinh. Phiếu tự điền được thiết kế trên phần mềm Kobotool, mỗi học sinh cần 20-30 phút để hoàn thành bộ câu hỏi, phiếu trả lời xong sẽ ngay lập tức được gửi lên máy chủ.

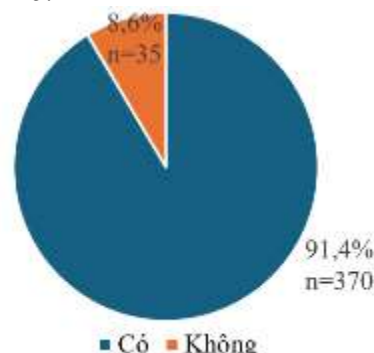
2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Thống kê mô tả: tính toán tần suất, tỷ lệ %.

Kiểm định mối liên quan: Sử dụng kiểm định χ^2 khi so sánh mối liên quan giữa 2 nhóm định tính có giá trị mong đợi ≥ 5 và test Fisher's exact khi giá trị mong đợi < 5 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Các số liệu được thu thập điện tử bằng chương trình Kobo Toolbox, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 27.

giáo. 49,4% học sinh có học lực giỏi, 44,4% học lực khá.



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 38,3% học sinh lớp 12; 33,3% học sinh lớp 11 và 28,4% học sinh lớp 10 tham gia nghiên cứu. 55,6% học sinh là nữ, 44,4% là nam. 97,5% dân tộc kinh. 69,1% không theo tôn giáo nào; 30,9% có theo ít nhất 1 tôn

Biểu đồ 3.1. Nhu cầu được cung cấp thông tin về giáo dục SKSS (n=504)

91,4% học sinh có nhu cầu được cung cấp thêm thông tin về SKSS, 8,6% học sinh không có nhu cầu được cung cấp thông tin về SKSS.

Bảng 3.1. Thông tin về SKSS mà học sinh muốn được cung cấp (n=405)

Thông tin	n	%
Quan hệ tình dục an toàn	305	75,3
Vệ sinh cơ quan sinh dục đúng cách	265	65,4
Các bệnh lý nam khoa và phụ khoa	250	61,7
Phòng tránh xâm hại, lạm dụng tình dục	230	56,8
Các vấn đề về mang thai, sinh đẻ và nạo phá thai	225	55,6
Cấu tạo và chức năng của cơ quan sinh dục	160	39,5
Những biến đổi về cơ thể ở tuổi dậy thì	135	33,3

Thông tin về quan hệ tình dục an toàn là thông tin mà học sinh muốn được cung cấp nhiều nhất (75,3%), tiếp đó là vệ sinh CQSD đúng cách (65,4), Các bệnh lý nam khoa và phụ khoa (61,7%), phòng tránh xâm hại, lạm dụng tình dục (56,8%), các vấn đề về mang thai, sinh đẻ và nạo phá thai (55,6%), chức năng cấu tạo của CQSD (39,5%), Những thay đổi ở tuổi dậy thì (33,3%).

Bảng 3.2. Nhu cầu GD SKSS tại trường học

Có được GDSKSS tại trường học không	n	%
Có	210	51,9
Hình thức giảng dạy mong muốn (n=210)		
Các buổi tuyên truyền thường niên	152	51,9
Sinh hoạt câu lạc bộ	136	33,6
Lồng ghép trong các môn học	59	14,6

51,9% học sinh trả lời đã từng được GDSKSS tại trường học. Chủ yếu các em muốn được tiếp cận với giáo dục SKSS dưới hình thức các buổi tuyên truyền thường niên (51,9%), Sinh hoạt câu lạc bộ (33,6%)

Bảng 3.3. Nhu cầu về nguồn thông tin về GD SKSS (n=405)

Nguồn thông tin	n	%
Mạng internet	330	81,5
Sách báo, tài liệu	320	79
Chương trình truyền hình	105	25,9
Các buổi TTGD SK do trường tổ chức	151	37,3
Cán bộ y tế/dân số	120	29,6
Phim ảnh	75	18,5
Bạn bè	315	77,7

Mạng internet là kênh thông tin về GD SKSS mà học sinh muốn được tiếp cận nhiều nhất (81,5%). Tiếp đó là sách báo, tài liệu (79%), bạn bè (77,7), các buổi TT GD SK do nhà trường tổ chức (37,3%), cán bộ y tế/dân số (29,6%), chương trình truyền hình 25,9%, phim ảnh 18,5%.

Lý do ngăn cản các em học sinh tìm hiểu về GD SKSS (n=405)

Lý do	n	%
Sợ bị hiểu lầm	255	63
Không biết tìm thông tin chính xác từ đâu	190	46,9
Cảm thấy không cần thiết	55	13,6
Không có thời gian	55	13,6
Người lớn ngăn cản tìm hiểu	25	6,2

Sợ bị hiểu lầm là đang tìm hiểu thông tin không lành mạnh là lý do lớn nhất học sinh cảm thấy ngăn cản các em khi tìm hiểu về GD SKSS (63%) tiếp đó là không biết tìm thông tin chính xác từ đâu (46,9%), cảm thấy không cần thiết (13,6%), không có thời gian (13,6%), người lớn ngăn cản tìm hiểu (6,2%).

IV. BÀN LUẬN

Giáo dục SKSS cho các em học sinh chính là để giúp các em biết cách tự bảo vệ bản thân, điều này là vô cùng quan trọng trong sự phát triển của các em và cho cả xã hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,4% học sinh có nhu cầu được cung cấp thêm thông tin về SKSS, 8,6% học sinh không có nhu cầu được cung cấp thông tin về SKSS. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh với 42,9% học sinh có nhu cầu tìm hiểu về SKSS [2].

Thông tin về quan hệ tình dục an toàn là thông tin mà học sinh muốn được cung cấp nhiều nhất (75,3%), tiếp đó là vệ sinh CQSD đúng cách (65,4), Các bệnh lý nam khoa và phụ khoa (61,7%), phòng tránh xâm hại, lạm

dụng tình dục (55,6%), các vấn đề về mang thai, sinh đẻ và nạo phá thai (55,6%), chức năng cấu tạo của CQSD (39,5%), Những thay đổi ở tuổi dậy thì (33,3%).

51,9% học sinh trả lời đã từng được GDSKSS tại trường học. Chủ yếu các em được tiếp cận với giáo dục SKSS dưới hình thức các buổi tuyên truyền thường niên (51,9%), một số cảm thấy chương trình GD SKSS được lồng ghép trong các môn học (14,6%). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh, 83,6% học sinh trả lời được nhà trường cung cấp thông tin về SKSS dưới các hình thức Hoạt động ngoại khóa là chủ yếu (82,9%), 38,2% được lồng ghép trong các môn học của trường [2]. Điều này có thể lý giải tại sao học sinh đã biết và sử dụng các phương pháp tránh thai tuy nhiên lại không biết cách để sử dụng đúng. Biết về các bệnh nhiễm khuẩn qua đường tình dục nhưng lại trả lời không đúng trong các phương pháp phòng tránh bệnh. Hiện nay tuy nước ta đã cải cách và lồng ghép giáo dục giới tính vào một số môn học, tuy nhiên việc lồng ghép này dẫn đến một số vấn đề như quỹ thời gian hạn hẹp,

nội dung không được phong phú, các em học sinh thường học lệch dẫn tới việc không chú trọng các môn học này và dễ dàng bỏ qua một số chi tiết về giáo dục giới tính được lồng ghép trong đó [1].

Mạng internet là kênh thông tin về GD SKSS mà học sinh muốn được tiếp cận nhiều nhất (81,5%). Tiếp đó là sách báo, tài liệu (79%), bạn bè (77,7%), các buổi TT GDSK do nhà trường tổ chức (37,3%), cán bộ y tế/dân số (29,6%), chương trình truyền hình 25,9%, phim ảnh 18,5%. Mạng internet là kênh thông tin về GD SKSS mà học sinh muốn được tiếp cận nhiều nhất (81,5%). Tiếp đó là sách báo, tài liệu (70,4%), chương trình truyền hình (67,9%), các buổi TT GDSK do nhà trường tổ chức (67,9%), cán bộ y tế/dân số (37%), phim ảnh (7,4%). Hiện nay các em dễ dàng tìm kiếm các thông tin về chăm sóc SKSS tại các kênh internet, mạng xã hội,.. nhưng nguồn thông tin trên các kênh này lại quá tràn lan, không được kiểm chứng và thiếu nguồn thông tin chính thống nên điều này lại có mặt hại là sẽ khiến các em tiếp thu những thông tin sai lệch. Cần có các biện pháp đảm bảo nguồn thông tin về SKSS chính xác để tiếp cận tới các em hơn.

Sợ bị hiểu lầm là đang tìm hiểu thông tin không lành mạnh là lý do lớn nhất học sinh cảm thấy ngăn cản các em khi tìm hiểu về GD SKSS (63%) tiếp đó là không biết tìm thông tin chính xác từ đâu (46,9%), cảm thấy không cần thiết (13,6%), không có thời gian (13,6%), người lớn ngăn cản tìm hiểu (6,2%). Sự sợ hãi hiểu lầm là mối ngăn cản lớn nhất của các em học sinh khi tìm hiểu các thông tin chính xác về SKSS kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây [7],[5],[3], việc này ảnh hưởng rất lớn đến việc các em tự tìm hiểu để có kiến thức đúng trong chăm sóc SKSS cho bản thân. Vì vậy những người có trách nhiệm như bố/mẹ, giáo viên, cán bộ y tế cần hướng dẫn, giúp đỡ để các em yên tâm, tự tin trang bị cho mình những kiến thức, kỹ

năng cần thiết để tự bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho bản thân.

V. KẾT LUẬN

91,4% học sinh có nhu cầu được cung cấp thêm thông tin về SKSS. Thông tin về quan hệ tình dục an toàn là thông tin mà học sinh muốn được cung cấp nhiều nhất (75,3%), tiếp đó là vệ sinh CQSD đúng cách (65,4), Các bệnh lý nam khoa và phụ khoa (61,7%), phòng tránh xâm hại, lạm dụng tình dục (55,6%), các vấn đề về mang thai, sinh đẻ và nạo phá thai (55,6%), chức năng cấu tạo của CQSD (39,5%), Những thay đổi ở tuổi dậy thì (33,3%). 51,9% học sinh trả lời đã từng được GDSKSS tại trường học. Chủ yếu các em muốn được GD SKSS tại trường học qua các buổi tuyên truyền thường niên (51,9%). Mạng internet là kênh thông tin về GD SKSS mà học sinh muốn được tiếp cận nhiều nhất (81,5%). Tiếp đó là sách báo, tài liệu (79%), bạn bè (77,7%). Sự sợ hãi hiểu lầm là đang tìm hiểu thông tin không lành mạnh là lý do lớn nhất học sinh cảm thấy ngăn cản các em khi tìm hiểu về GD SKSS (63%) tiếp đó là không biết tìm thông tin chính xác từ đâu (46,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Thi** (2022). Giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cho học sinh trong trường học: thực trạng, khoảng trống và một số khuyến nghị. VMJ, 519(1), 135–137.
2. **Lê Thị Vân Anh** (2019). Thực trạng tiếp cận thông tin và kiến thức về sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông tại huyện Tĩnh Gia tỉnh Thanh Hóa năm 2019. Luận văn Thạc sĩ Y học Dự phòng. Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Hoa** (2022). Kiến thức và hành vi tình dục an toàn của học sinh năm cuối trường THPT Thái Ninh, huyện Ninh Thụy, tỉnh Thái Bình năm 2022. khóa luận Bác sĩ Y khoa. Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Tuấn Kiên** (2023). Thực trạng kiến thức, thái độ về phòng tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục của học sinh tại trường Trung học phổ thông Phú Lương, huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 528(1).
5. **Trần Thị Bích Hôi** (2015). Kiến thức về sức khỏe sinh sản của học sinh trường Trung học phổ thông Ngô Sĩ Liên tỉnh Bắc Giang năm 2015. Tạp chí Y học Dự phòng, 25(11), 171.
6. **World Health Organization Regional Office for the Western và Bộ Giáo dục & Đào tạo** (2022), Báo Cáo Khảo Sát Hành Vi Sức Khỏe Học Sinh Toàn Cầu Tại Việt Nam 2019, WHO Regional Office for the Western Pacific.
7. **Tao Xu, Sachi Tomokawa, Ernesto R. Gregorio và cộng sự.** (2020). School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- and middle-income countries of WHO Western Pacific Region. PloS One, 15(3), 46.
8. **UNICEF** (2023). Gender Equality: Global Annual Results Report 2022.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI TẠI PHƯỜNG HƯNG DŨNG, THÀNH PHỐ VINH, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2024

Ngô Trí Hiệp¹, Lê Huy An¹, Bùi Thị Thanh Hoa¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành về sử dụng thuốc kháng sinh của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại phường Hưng Dũng, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại phường Hưng Dũng, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An từ tháng 02/2024 đến tháng 05/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chung sử dụng kháng sinh đạt chiếm 85,5%; hầu hết (87,5%) bà mẹ biết cho trẻ uống thuốc với nước đun sôi để nguội là tốt nhất; bà mẹ biết thuốc kháng sinh sử dụng để chống lại vi khuẩn và lựa chọn thuốc kháng sinh để điều trị các bệnh nhiễm trùng chiếm các tỷ lệ lần lượt là 46,3%; 54%. Có 80,3% bà mẹ thực hành chung đạt; 87,5% bà mẹ cho biết trẻ đỡ

bệnh khi chưa sử dụng hết thuốc. Trong số trẻ đỡ bệnh, có 62% bà mẹ tiếp tục sử dụng thuốc và 48% bà mẹ cho trẻ đi khám lại khi trẻ không đỡ bệnh. **Kết luận:** Kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh của bà mẹ có con < 5 tuổi khá cao. Có 85,5% bà mẹ có kiến thức đạt và 80,3% bà mẹ có thực hành đạt về sử dụng thuốc kháng sinh. Tuy nhiên, kiến thức một số nội dung quan trọng về sử dụng kháng sinh chưa cao. Các nhân viên y tế, người bán thuốc cần tuyên truyền để các bà mẹ có kiến thức, thực hành tốt hơn.

Từ khóa: kiến thức, thực hành, sử dụng thuốc kháng sinh, bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE TOWARDS ANTIBIOTIC USE OF MOTHER WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN HUNG DUNG WARD, VINH CITY, NGHE AN PROVINCE IN 2024

Objective: To describe the knowledge and practices regarding the use of antibiotics among mothers with children under 5 years old in Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, in

¹Trường Đại học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trí Hiệp

SĐT: 0978596726

Email: trihiiep@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 400 mothers of children under 5 years old in Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, from February 2024 to May 2024. **Results:** The proportion of mothers with general knowledge about antibiotic use was 85.5%. Most mothers (87.5%) knew that giving children medication with cooled boiled water is best. The percentages of mothers aware that antibiotics are used to fight bacteria and who selected antibiotics to treat infections were 46.3% and 54%, respectively. Additionally, 80.3% of mothers demonstrated appropriate overall practices, with 87.5% reporting that their child's symptoms improved before completing the full course of antibiotics. Among those whose children improved, 62% continued administering the medication, and 48% sought further medical consultation when symptoms did not improve. **Conclusion:** The knowledge and practices of mothers with children under 5 regarding antibiotic use were relatively high, with 85.5% having sufficient knowledge and 80.3% demonstrating appropriate practices. However, some important areas of knowledge on antibiotic use remain lacking. Health workers and pharmacists need to provide further education to improve mothers' knowledge and practices regarding antibiotic use.

Keywords: knowledge, practices, antibiotic use, mothers with children under 5.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là những chất được tạo ra bởi các chủng vi sinh vật hoặc do con người tổng hợp có tác dụng tiêu diệt hoặc ức chế sự phát triển của các vi sinh vật sống khác [1]. Tuy nhiên ngày nay việc lạm dụng kháng sinh, sử dụng kháng sinh không hợp lý và chưa an toàn đã làm gia tăng mức độ kháng thuốc của các vi sinh vật. Trên thế giới đã xuất hiện nhiều vi khuẩn kháng hầu hết với tất cả các nhóm thuốc kháng sinh. Mỗi năm có khoảng 700.000 người tử vong trên toàn cầu vì kháng thuốc kháng sinh. Con số này có thể tăng lên

đến 10 triệu người vào năm 2050 nếu thế giới không hành động mạnh mẽ [2].

Trẻ em là một trong những đối tượng bị ảnh hưởng nhiều nhất từ tình trạng kháng kháng sinh, có nguy cơ lạm dụng thuốc kháng sinh bởi cha mẹ. Dùng kháng sinh không cần thiết có thể khiến trẻ đối diện với nguy cơ dị ứng thuốc, loạn khuẩn đường ruột, gây hại đến gan thận,... đặc biệt là đối tượng trẻ em dưới 5 tuổi bởi trẻ còn nhỏ tuổi, sức đề kháng còn yếu và ít có khả năng tự chăm sóc bản thân nên việc sử dụng kháng sinh phải rất thận trọng. Do đó người chăm sóc trẻ, đặc biệt là bà mẹ cần có kiến thức đúng và thực hành sử dụng thuốc kháng sinh hợp lý để đạt hiệu quả cao trong điều trị đồng thời tránh biến chứng nguy hiểm cho trẻ. Phường Hưng Dũng thành phố Vinh là nơi có nhiều bệnh viện công và tư đóng trên địa bàn, trong đó có bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Đây là bệnh viện chuyên khoa Nhi nên thực tế phụ huynh đến khám và mua thuốc kháng sinh để điều trị cho trẻ khá lớn. Số lượng nhà thuốc cũng rất nhiều nên thuận lợi cho người dân khi có nhu cầu mua thuốc nói chung và thuốc kháng sinh nói riêng.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Mô tả kiến thức, thực hành về sử dụng thuốc kháng sinh của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại phường Hưng Dũng, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ có con dưới 5 tuổi hiện tại đang sinh sống tại phường Hưng Dũng, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bà mẹ trực tiếp chăm sóc con dưới 5 tuổi hiện tại đang sinh sống tại phường Hưng Dũng, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An trong thời gian thu thập số liệu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ không có khả năng trả lời hoặc vắng mặt trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; α : Mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$; Z: Hệ số tin cậy, tra bảng có $Z=1,96$; p: Là tỷ lệ bà mẹ có thực hành đạt về sử dụng kháng sinh. Lấy $p = 0,492$ theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hải Vân [3]; d: giá trị tuyệt đối ($=0,05$). Kết quả tính cỡ mẫu là $n = 384$ bà mẹ. Trên thực tế, cỡ mẫu của nghiên cứu là 400 bà mẹ trong thời gian điều tra.

- Phương pháp chọn mẫu: Phân tầng bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại phường Hưng Dũng theo từng khối. Trên cơ sở mỗi tầng chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo kích cỡ tỷ lệ mỗi tầng. Do số lượng bà mẹ ở mỗi tầng khác nhau, nên kích cỡ tầng lớn hơn sẽ chọn nhiều cá thể vào mẫu hơn và ngược lại. Khi đó, cỡ mẫu của mỗi tầng sẽ được tính theo công thức:

$$n_i = n \frac{N_i}{N}$$

Trong đó: n_i : Cỡ mẫu của tầng i; n: Cỡ mẫu của tất cả các tầng; N_i : Số lượng cá thể

tầng i; N: Số lượng cá thể của tất cả các tầng.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Thiết kế bộ câu hỏi bao gồm 4 phần theo thứ tự sau: Thông tin chung, kiến thức về sử dụng kháng sinh, thực hành về sử dụng kháng sinh, nguồn thông tin. Bộ công cụ nghiên cứu được xây dựng dựa trên các tài liệu về kháng sinh do Bộ Y tế ban hành và tham khảo một số nghiên cứu có chủ đề tương tự.

- Tiến hành điều tra thử 20 bà mẹ để chỉnh sửa bộ công cụ cho hợp lý

- Tập huấn điều tra viên.

- Tiến hành phỏng vấn bà mẹ bằng phiếu phỏng vấn.

- Tổng hợp, kiểm tra phiếu phỏng vấn, tiến hành nhập số liệu sau khi đã đủ số lượng.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu:

Toàn bộ số liệu thu thập sẽ được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau khi nhập số liệu hoàn tất sẽ tiến hành làm sạch số liệu trước khi tiến hành xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để xử lý. Sử dụng thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Khoa Vinh chấp thuận về khía cạnh khoa học và đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Kiến thức của bà mẹ về tác dụng của thuốc kháng sinh với tác nhân và các bệnh (n=400)

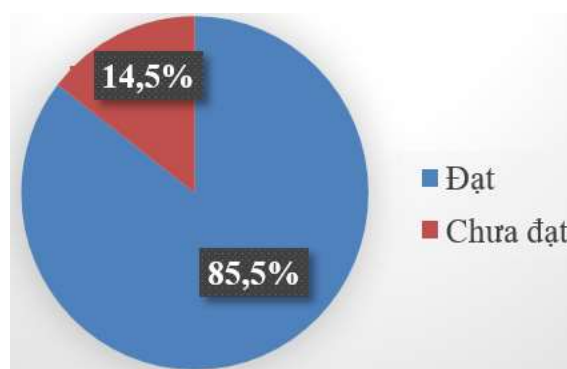
Nội dung		n	%
Tác dụng của thuốc kháng sinh với tác nhân	Vi khuẩn	189	46,3
	Virus	168	42,0
	Nấm	17	4,3
	Kí sinh trùng	21	5,3
	Không biết	9	2,2
Tác dụng của thuốc kháng sinh với các bệnh	Cảm cúm, cảm lạnh	128	32,0
	Tiêu chảy do virus	21	5,3
	Tay chân miệng	32	8,0
	Các bệnh nhiễm trùng	216	54,0
	Không biết	3	0,7

46,3% bà mẹ biết thuốc kháng sinh sử dụng để chống lại vi khuẩn. Vẫn còn 42% bà mẹ cho rằng thuốc kháng sinh chống lại tác nhân virus. Có 54% bà mẹ lựa chọn thuốc kháng sinh để điều trị bệnh nhiễm trùng và 32% lựa chọn sử dụng kháng sinh để điều trị cảm cúm, cảm lạnh.

Bảng 2: Kiến thức của bà mẹ về sử dụng thuốc kháng sinh

Nội dung		n	%
Sử dụng thuốc theo đơn (n=400)	Có	389	97,3
	Không	11	2,7
Nguồn đơn thuốc sử dụng (n=389)	Đơn bác sĩ lúc khám bệnh	362	93,1
	Đơn của người bán thuốc	14	3,6
	Đơn cũ đã dùng trước đây	13	3,3
Xử trí khi trẻ khỏi, đỡ mà chưa dùng hết thuốc (n=400)	Dùng thuốc	111	27,8
	Tiếp tục dùng hết đơn thuốc	280	70,0
	Không biết	9	2,2
Thời gian sử dụng thuốc kháng sinh mỗi đợt (n=400)	Dưới 5 ngày	77	19,3
	Từ 5 đến 7 ngày	94	23,5
	Trên 7 ngày	35	8,8
	Tùy theo hướng dẫn của bác sĩ	191	47,7
	Không biết	3	0,7
Nước để uống kháng sinh (n=400)	Nước hoa quả	22	5,5
	Sữa các loại	28	7,0
	Nước đun sôi để nguội	350	87,5

Có 97,3% bà mẹ biết cần sử dụng kháng sinh theo đơn, trong đó 93,1% bà mẹ lựa chọn sử dụng đơn thuốc từ bác sĩ khám bệnh. Khi trẻ đỡ hoặc khỏi thì 70% bà mẹ cho rằng nên tiếp tục dùng hết đơn thuốc. Có 47,7% bà mẹ trả lời thời gian sử dụng thuốc kháng sinh mỗi đợt cần theo hướng dẫn của bác sĩ. Hầu hết (87,5%) bà mẹ biết cho trẻ uống thuốc với nước đun sôi để nguội là tốt nhất.



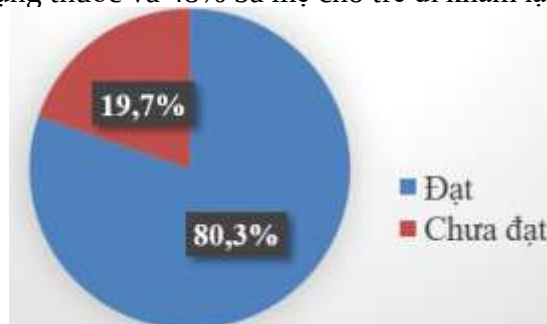
Biểu đồ 1: Kiến thức chung của bà mẹ về sử dụng kháng sinh (n=400)

85,5% bà mẹ có kiến thức chung về sử dụng kháng sinh đạt và 14,5% chưa đạt.

Bảng 3: Thực hành của bà mẹ khi trẻ sử dụng kháng sinh

Nội dung		n	%
Trẻ đỡ bệnh khi sử dụng chưa hết thuốc (n=400)	Có	350	87,5
	Không	50	12,5
Bước tiếp theo nếu trẻ đỡ bệnh (n=350)	Rút ngắn ngày dùng kháng sinh	55	15,7
	Giảm liều	48	13,7
	Ngừng dùng thuốc	30	8,6
	Tiếp tục sử dụng thuốc theo đơn	217	62
Bước tiếp theo nếu trẻ không đỡ bệnh (n=50)	Tự đổi thuốc kháng sinh khác	5	10
	Đi khám lại	24	48
	Tự tăng liều kháng sinh	14	28
	Ngừng thuốc	7	14

87,5% bà mẹ cho biết trẻ đỡ bệnh khi chưa sử dụng hết thuốc. Trong số trẻ đỡ bệnh, có 62% bà mẹ tiếp tục sử dụng thuốc và 48% bà mẹ cho trẻ đi khám lại khi trẻ không đỡ bệnh.

**Biểu đồ 2: Thực hành chung về sử dụng kháng sinh của bà mẹ (n=400)**

80,3% bà mẹ có thực hành chung đạt, 19,7% bà mẹ có thực hành chung chưa đạt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về sử dụng kháng sinh

Kiến thức về sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý của bà mẹ là một trong những yếu tố quan trọng giúp nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tối đa tình trạng kháng kháng sinh ở trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: bà mẹ có kiến thức đạt về sử dụng kháng sinh chiếm 85,5% trong tổng số 400 bà mẹ tham gia nghiên cứu. Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu khác: Trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hoài (2018) trên 192 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên có tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về sử dụng kháng sinh là 44,3%[4]. Điều

này có thể được giải thích do nghiên cứu của Nguyễn Thu Hoài thực hiện tại địa bàn vùng núi, điều kiện kinh tế khó khăn, trình độ học vấn của các bà mẹ còn hạn chế, ít được tiếp cận các nguồn thông tin về thuốc kháng sinh.

Kết quả nghiên cứu thể hiện bảng 1 cho thấy: 46,3% bà mẹ biết được thuốc kháng sinh sử dụng để điều trị các bệnh do vi khuẩn. Kết quả có cao hơn với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hoài và Hoàng Thị Hải Vân với tỷ lệ tương ứng là 35,9% và 33,6% [3], [4]. Gần một nửa (42%) bà mẹ có kiến thức sai khi cho rằng kháng sinh có tác dụng chống lại tác nhân gây bệnh là virus và có 32% bà mẹ cho rằng kháng sinh có thể điều trị được cảm cúm,

cảm lạnh. Trong một số nghiên cứu khác về sử dụng kháng sinh trên thế giới và tại Việt Nam [5], [6], [7] cũng cho thấy một tỷ lệ kiến thức sai của bà mẹ về vấn đề này. Các kiến thức chưa đúng về sử dụng kháng sinh có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc sử dụng kháng sinh không hợp lý và làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh hiện nay.

Hầu hết (93,1%) bà mẹ biết được rằng nên sử dụng đơn thuốc kháng sinh từ bác sĩ. Kết quả này tương đồng với kết quả các nghiên cứu của Maja Farkas (2019) với tỷ lệ là 99,1% và 98,4% [8]. Tuy nhiên vẫn có 3,3% bà mẹ cho rằng sẽ sử dụng kháng sinh theo đơn thuốc cũ. Việc sử dụng đơn thuốc cũ có thể làm cho tình trạng bệnh tật trở nên nặng nề hơn vì có thể bệnh lần này khác bệnh lần trước dẫn đến không được điều trị đúng bệnh và đúng thuốc.

Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy: 70% bà mẹ đã biết cách xử trí đúng nếu sử dụng kháng sinh mà tình trạng của trẻ đỡ hoặc khỏi. Tuy nhiên vẫn có tới 27,8% bà mẹ dùng thuốc. Việc dùng thuốc là không hợp lý, gây nguy hiểm, có thể gây ra các phản ứng cho cơ thể và làm tăng nguy cơ vi khuẩn kháng lại kháng sinh. Vì vậy, người bán thuốc nên kết hợp với bác sĩ giải thích và hướng dẫn các bà mẹ để có cách xử trí hợp lý khi sử dụng kháng sinh mà tình trạng của trẻ đỡ hoặc khỏi, không nên bán thuốc theo yêu cầu của bà mẹ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có gần một nửa bà mẹ (47,7%) có kiến thức đúng về số ngày sử dụng kháng sinh cho trẻ cần theo chỉ định của bác sĩ. Thời gian dùng thuốc kháng sinh rất quan trọng để đảm bảo hiệu quả điều trị. Độ dài đợt điều trị kháng sinh phụ thuộc vào tình trạng nhiễm khuẩn, vị trí nhiễm khuẩn cũng như loại kháng sinh được dùng mà có số ngày điều trị khác nhau. Do vậy, để có thể dùng kháng sinh hợp lý, hiệu

quả cần tuân thủ dùng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ.

4.2. Thực hành về sử dụng kháng sinh

Trẻ em là nhóm đối tượng mà việc sử dụng thuốc phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc, trong đó phần lớn là mẹ của trẻ. Do vậy, thực hành sử dụng kháng sinh hợp lý của bà mẹ sẽ giúp trẻ được an toàn và đạt được hiệu quả điều trị bệnh. Kết quả biểu thị ở biểu đồ 2 cho thấy: phần lớn (80,3%) bà mẹ có thực hành đạt về sử dụng kháng sinh. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hữu Tuấn là 47,5% [7]. Sự khác biệt này có thể được lý giải do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện chủ đích trên nhóm đối tượng là bà mẹ có con dưới 5 tuổi, khác với nghiên cứu của Trần Hữu Tuấn trên đối tượng người dân từ 18 – 75 tuổi. Do trẻ em là đối tượng nhạy cảm và dễ gặp các tác dụng phụ khi dùng thuốc nên các bà mẹ sẽ cân nhắc có hành vi thận trọng hơn trong việc sử dụng kháng sinh ở đối tượng này.

Kết quả nghiên cứu thể hiện ở bảng 3: có 87,5% bà mẹ cho biết trẻ đỡ bệnh sau khi sử dụng kháng sinh mà chưa hết đơn thuốc. Trong số đó, có 62% bà mẹ tiếp tục sử dụng thuốc theo đơn. Dùng hết đơn thuốc kháng sinh ngay cả khi trẻ đã đỡ hoặc khỏi để đảm bảo tiêu diệt hoàn toàn vi khuẩn gây bệnh, ngăn ngừa bệnh tái phát trở lại. Vẫn còn 15,7% bà mẹ tự rút ngắn ngày dùng kháng sinh, 13,7% giảm liều và 8,6% ngừng dùng thuốc. Nghiên cứu của Maja Farkas cũng cho kết quả tương tự với 8,9% phụ huynh dùng thuốc khi trẻ giảm triệu chứng [8]. Việc người chăm sóc trẻ tự ý giảm liều và thời gian sử dụng kháng sinh khi chưa hết đơn thuốc có thể dẫn đến tình trạng vi khuẩn gây bệnh trở lại và tái phát bệnh, cũng như tạo điều kiện cho vi khuẩn kháng kháng sinh phát triển.

Thông thường các triệu chứng của bệnh sẽ thuyên giảm sau khoảng 2 đến 3 ngày dùng

thuốc nếu cơ thể đáp ứng tốt. Nếu tình trạng bệnh của trẻ không đỡ, các bà mẹ nên cho trẻ đi khám lại để được bác sĩ kiểm tra và tư vấn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong số 50 trẻ (12,5%) không đỡ bệnh sau khi dùng thuốc kháng sinh mà chưa hết đơn, có 48% bà mẹ đưa con đi khám lại. Có tới 28% bà mẹ tự ý tăng liều kháng sinh cho trẻ. Việc tăng liều lượng kháng sinh khi không có ý kiến của bác sĩ có thể dẫn tới ngộ độc thuốc do quá liều, nguy hiểm tới sức khỏe và tính mạng của trẻ. Ngoài ra, còn 14% bà mẹ ngừng thuốc và 10% tự đổi kháng sinh khác mà chưa có ý kiến của bác sĩ. Những kết quả trên cho thấy, cần tăng cường thêm những chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về việc sử dụng kháng sinh đúng cách cho người dân nói chung, đặc biệt là các bà mẹ là đối tượng thường trực tiếp chăm sóc trẻ.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh của bà mẹ có con < 5 tuổi khá cao. Có 85,5% bà mẹ có kiến thức đạt và 80,3% bà mẹ có thực hành đạt về sử dụng thuốc kháng sinh. Tuy nhiên, kiến thức một số nội dung quan trọng về sử dụng kháng sinh chưa cao. Các nhân viên y tế, người bán thuốc cần tuyên truyền để các bà mẹ có kiến thức, thực hành tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020), "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", Ban hành kèm Quyết định số 5631/QĐ - BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Y tế.
2. **Báo điện tử VTV** (2020), Việt Nam đứng thứ 4 ở Châu Á - Thái Bình Dương về tỷ lệ kháng thuốc kháng sinh, truy cập ngày 20-11-2023, tại trang web <https://vtv.vn/xa-hoi/viet-nam-dung-thu-4-o-chau-a-thai-binh-duong-ve-ty-le-khang-thuoc-khang-sinh-20201121181547797.htm>.
3. **Hoàng Thị Hải Vân, Đào Anh Sơn và các cộng sự** (2019), "Kiến thức, thái độ, thực hành về sử dụng thuốc kháng sinh của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại Hà Nam", Tạp chí nghiên cứu y học. 126(2), tr 154-162.
4. **Nguyễn Thu Hoài, Đàm Khải Hoàn, Phạm Phương Liên** (2018), "Kiến thức, thực hành sử dụng kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi của các bà mẹ tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên", Tạp chí Y học cộng đồng, 51, tr. 38-42.
5. **Rafaella Navarro, Jose L Paredes and et al** (2019), "Parental Antibiotic Use in Urban and Peri-Urban Health Care Centers in Lima: A Cross-Sectional Study of Knowledge, Attitudes, and Practices", Clin Med Insights Pediatr. 13, p. 1-10.
6. **Hambal I. Salihu Dadari** (2020), "Antibiotics use, knowledge and practices on antibiotic resistance among breastfeeding mothers in Kaduna state (Nigeria)", J Infect Public Health. 13(12), p. 2072-2079.
7. **Trần Hữu Tuấn** (2019), Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến sử dụng thuốc kháng sinh của người dân xã Quang Lăng, Phú Xuyên, Hà Nội năm 2019, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Thăng Long.
8. **Maja Farkaš, Daniela Glažar Ivčec and et al** (2019), "Parental Knowledge and Awareness Linked to Antibiotic Use and Resistance: Comparison of Urban and Rural Population in Croatia", Microb Drug Resist. 25(10), p. 1430-1436."

TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU TRONG DỰ PHÒNG TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ CĂNG THẲNG TRÊN SINH VIÊN

Nguyễn Hợp Tấn¹, Nguyễn Thị Minh Chính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thu thập các công trình nghiên cứu đã công bố về trầm cảm, lo âu và căng thẳng trên sinh viên từ các nguồn tài liệu tiếng Việt và tiếng Anh và Phân tích tổng hợp các thiết kế nghiên cứu, các kết quả tìm được và đưa ra kết luận về dự phòng trầm cảm, lo âu, căng thẳng trên sinh viên và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Tìm kiếm tài liệu một cách hệ thống được thực hiện để xác định các nghiên cứu đã được xuất bản liên quan đến dự phòng trầm cảm, lo âu và căng thẳng trên sinh viên. **Kết quả:** tác giả tổng hợp 52 nghiên cứu về trầm cảm (TC), lo âu (LA) và căng thẳng (CT) với 40 nghiên cứu trên thế giới và 12 công trình tại Việt Nam. Trong các công trình nghiên cứu, có 39 nghiên cứu sử dụng bộ công cụ DASS-21, thực hiện chủ yếu trên đối tượng là sinh viên với 41 công trình nghiên cứu chiếm 78,8%. Đồng thời tác giả đưa ra được các yếu tố liên quan đến sức khỏe tinh thần (SKTT) của sinh viên là nhóm yếu tố cá nhân, gia đình, học tập và xã hội. **Kết luận:** đối với nghiên cứu đo lường mức độ TC, LA và CT trên sinh viên, bộ công cụ sử dụng là DASS-21 là phù hợp. Các yếu tố liên quan như nhóm yếu tố cá nhân, gia đình, học tập và xã hội phân tích dựa trên hồi quy logistic.

Từ khóa: Trầm cảm, lo âu, căng thẳng, sinh viên.

SUMMARY

REVIEW OF RESEARCH ON THE PREVENTION OF DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS AMONG STUDENTS

Objective: To collect published studies on depression, anxiety, and stress among students from both Vietnamese and English sources, and to perform a systematic review of study designs, findings, and provide conclusions on the prevention of depression, anxiety, stress among students, and related factors. **Research methods:** A systematic literature search was conducted to identify published studies related to the prevention of depression, anxiety, and stress among students. **Results:** The author synthesized 52 studies on depression (D), anxiety (A), and stress (S), including 40 international studies and 12 from Vietnam. Among these studies, 39 used the DASS-21 tool, primarily focusing on students, with 41 studies accounting for 78.8%. The author also identified factors affecting students' mental health, categorized into individual, family, academic, and social factors. **Conclusion:** For studies measuring the levels of depression, anxiety, and stress among students, the DASS-21 tool is appropriate. Related factors such as individual, family, academic, and social aspects were analyzed using logistic regression.

Keywords: Depression, anxiety, stress, students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm, lo âu và căng thẳng là những vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp trong cuộc sống. Với lứa tuổi mới lớn, lứa tuổi có

¹Trường Đại học Yersin Đà Lạt

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hợp Tấn

SĐT: 0979867655

Email: mp.vdean@yersin.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

những thay đổi điều kiện sống, học tập, thay đổi môi trường giao tiếp, môi trường xã hội,... kết hợp với đặc điểm tâm lý như bồn chồn, thiếu kinh nghiệm thì nguy cơ bị TC, LA và CT ở nhóm đối tượng này lại càng cao hơn. Nghiên cứu tại Malaysia năm 2013 trên sinh viên các trường công lập cho kết quả khoảng 23,7% sinh viên bị stress vừa và nặng [11]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Minh Thuận năm 2011 sinh viên cho thấy 77% sinh viên có dấu hiệu của stress, 75% sinh viên có dấu hiệu của lo âu và 75% có dấu hiệu trầm cảm ở các mức độ khác nhau từ nhẹ đến rất nặng [5]. Các vấn đề sức khỏe tâm thần này còn ảnh hưởng đến khả năng và kết quả học tập của sinh viên, gián tiếp ảnh hưởng đến chất lượng dạy và học của các trường, thậm chí nguy hiểm hơn là có thể dẫn đến các hành vi như tự tử hoặc sử dụng các chất kích thích, chất gây nghiện.

Để đánh giá tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và các nghiên cứu tại Việt Nam về TC, LA và CT. Chúng tôi thực hiện chuyên đề tổng quan nghiên cứu trong dự phòng TC, LA và CT trên sinh viên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chiến lược tìm kiếm tài liệu

Tác giả đã thực hiện tìm kiếm các nghiên cứu trên 3 cơ sở dữ liệu là PubMed, Cochrane và Google scholar sử dụng các từ khóa "stress", "anxiety", "depress*", "model prevent*".

S1 = "stress" OR "Stress" [Mesh]

S2 = "anxiety" OR "Anxiety" [Mesh]

S3 = "depress*" [Mesh]

S4 = "student*" OR "Student*" [Mesh]

S5 = "prevent* depress*" OR "prevention depression" [Mesh]

S6 = "prevent* anxiety" OR "prevention anxiety" [Mesh]

S7 = "prevent* stress" OR "prevention stress" [Mesh]

S8 = "prevent* depression anxiety stress" OR "prevention depression anxiety stress" [Mesh]

S9 = "model prevent* depress*" OR ""model prevent* depression" [Mesh]

S10 = "model prevent* anxiety" OR ""model prevent* anxiety" [Mesh]

S11 = "model prevent* stress" OR ""model prevent* stress" [Mesh]

S12 = "model prevent* depress* anxiety and stress student" OR "model prevention depress* anxiety and stress student" [Mesh]

2.2. Tiêu chí lựa chọn

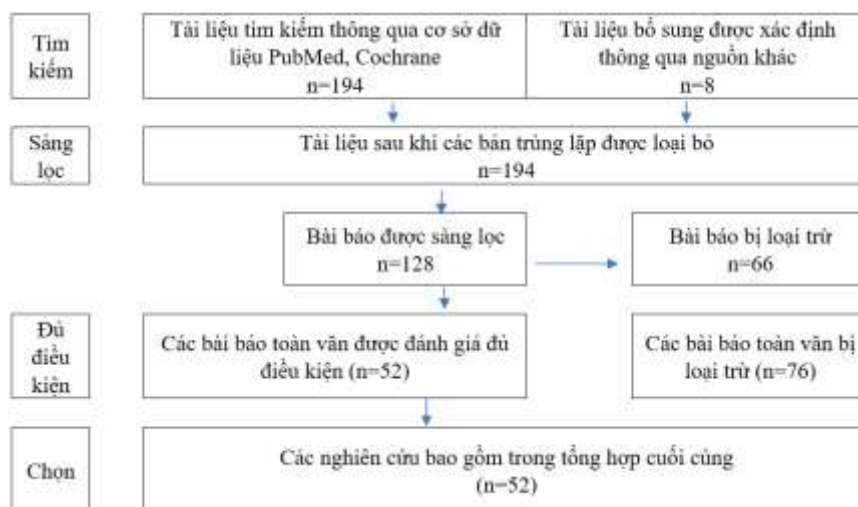
Các bài báo xuất bản trên các tạp chí được lựa chọn theo các tiêu chuẩn sau: (1) Các bài báo Tiếng Anh, Tiếng Việt đã được xuất bản, không hạn chế năm xuất bản và loại nghiên cứu; (2) Đối tượng nghiên cứu trong các bài báo bao gồm sinh viên, trẻ vị thành niên, người bệnh hoặc nhân viên (3) Các nghiên cứu mà bao gồm dự phòng TC, LA và CT.

2.3. Trích xuất dữ liệu

Các hướng dẫn của Whittemore và Knafl (2005) đã được sử dụng để thực hiện việc trích xuất dữ liệu. Dữ liệu được tổng hợp bằng hệ thống phân loại dựa trên câu hỏi nghiên cứu. Các hạng mục đã được thảo luận qua nhiều vòng giữa các thành viên trong nhóm nghiên cứu để đi đến thống nhất cuối cùng.

Việc trích xuất dữ liệu từ các nghiên cứu bao gồm: tên bài, tên của tác giả đứng đầu, năm xuất bản, đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu, bộ công cụ đo lường TC, LA và CT các kết quả chính của nghiên cứu và chương trình can thiệp.

2.4. Tổng hợp dữ liệu: Quy trình thực hiện được mô tả trong hình bên dưới



Hình 1: Sơ đồ PRISMA về lựa chọn nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các công trình nghiên cứu đã công bố về TC, LA và CT trên thế giới

Bảng 1: Bảng số liệu các công trình nghiên cứu đã công bố về TC, LA và CT

TT	Nội dung	n	%
Bộ công cụ sử dụng (n=40)			
1	DASS – 21	27	67,5
2	DASS – 42	1	2,5
3	PHQ – 9	3	7,5
4	BAI	3	7,5
5	PSS	3	7,5
6	BDI	1	2,5
7	SCAS	1	2,5
8	CDI	1	2,5
Đối tượng nghiên cứu (n=40)			
1	Sinh viên điều dưỡng	2	5
2	Sinh viên	33	82,5
3	Giáo viên tiểu học và trung học	1	2,5
4	Sinh viên y khoa	1	2,5
5	Học sinh	1	2,5
6	Bệnh nhân Covid-19	2	5
Phương pháp nghiên cứu			
1	Nghiên cứu định lượng, cắt ngang	8	20
2	Phân tích hồi quy kiểm định có cấu trúc CFA	2	5
3	Nghiên cứu có can thiệp	30	75
Chương trình can thiệp (n=40)			
1	Có	30	75
2	Không	10	25

Theo bảng 1, bộ công cụ sử dụng trong khảo sát đối tượng về TC, LA và CT là DASS 21 chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,5%. Các bộ công cụ DASS – 42, BDI, SCAS và CDI được 1 tác

giả sử dụng chiếm tỷ lệ 2,5%. Về đối tượng nghiên cứu có nhóm sinh viên/sinh viên điều dưỡng có 35 nghiên cứu chiếm 87,5%. Đối với phương pháp nghiên cứu, trong 40 nghiên cứu có 30 nghiên cứu có can thiệp đối chứng chiếm 75%.

3.2 Các công trình nghiên cứu đã công bố về TC, LA và CT tại Việt Nam

Bảng 2: Bảng số liệu các công trình nghiên cứu đã công bố về TC, LA và CT tại Việt Nam

TT	Nội dung	n	%
Bộ công cụ sử dụng (n=12)			
1	DASS – 21	12	100
Đối tượng nghiên cứu (n=12)			
1	Sinh viên	6	50
2	Bệnh nhân vô sinh	1	8,3
3	Nhân viên/điều dưỡng viên	3	25
4	Phụ nữ phá thai	2	16,4
Phương pháp nghiên cứu (n=12)			
1	Nghiên cứu định lượng, cắt ngang	9	75
2	Nghiên cứu định tính	1	8,3
3	Nghiên cứu kết hợp định lượng và định tính	2	16,4
Chương trình can thiệp (n=12)			
1	Có	0	0
2	Không	12	100

Trong bảng 2, với 12 công trình nghiên cứu đưa vào thống kê tổng hợp có 12 tác giả sử dụng bộ công cụ DASS-21 chiếm 100%. Đối tượng nghiên cứu tập trung cao nhất vào nhóm sinh viên với 6 công trình chiếm 50%. Có 9 nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng cắt ngang chiếm 75% và cả 12 nghiên cứu không áp dụng chương trình can thiệp chiếm 100%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến TC, LA và CT ở sinh viên

3.3.1. Yếu tố cá nhân

Tuổi: Những sinh viên có độ tuổi lớn hơn thường có nguy cơ TC, LA và CT cao hơn. Nghiên cứu của Lu Chen và cộng sự trên trên 5245 sinh viên đại học ở Cấp Nhĩ Tân Trung Quốc đã cho thấy tuổi liên quan đến trầm cảm ở sinh viên. Những sinh viên trên 25 tuổi có nguy cơ trầm cảm cao gấp 1,8 lần so với những sinh viên nhỏ hơn 25 tuổi [8].

Giới tính: Kết quả từ nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra sinh viên nữ thường có khả năng phát triển các dấu hiệu

của lo âu, căng thẳng cao hơn nam sinh. Trong khi đó, nữ sinh thường có khả năng xuất hiện các dấu hiệu của trầm cảm thấp hơn nam sinh. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thụ trên 829 sinh viên từ K50 đến K53 của trường đại học Quốc Gia Hà Nội đã chỉ ra giới tính tác nhân chủ yếu trong nhóm nguyên nhân đứng hàng thứ 2 gây nên căng thẳng ở sinh viên [4].

Khu vực sinh sống và nơi ở hiện tại: Những sinh viên sinh sống ở nông thôn thường có nguy cơ xuất hiện các dấu hiệu của TC, LA và CT cao hơn những sinh viên sống ở thành thị. Nghiên cứu cắt ngang về một số rối nhiễu tâm lý của sinh viên đại học Y Dược Thành phố HCM của Lê Minh Thuận năm 2011 thực hiện trên sinh viên năm 1 và năm 2 chỉ ra mức độ căng thẳng ở sinh viên sống nhà trọ/ thuê cao gấp 2,52 lần so với sinh viên sống với cha mẹ (KTC95% từ 2,22 - 2,83, $p < 0,001$) [5].

Thói quen sinh hoạt của sinh viên: Tập thể dục và các hoạt động thể chất khác tạo ra

endorphin - hóa chất trong não hoạt động như thuốc giảm đau tự nhiên và cũng cải thiện khả năng ngủ, do đó làm giảm căng thẳng, cải thiện nhanh chóng tâm trạng chán nản, lo âu của con người. Nghiên cứu của Vũ Dũng (2015) trên toàn bộ sinh viên điều dưỡng năm 2 và năm 3 của trường Đại học Thăng Long chỉ ra nguy cơ mắc căng thẳng ở mức cao của nhóm sinh viên không tập thể dục gấp 7 lần so với nhóm thỉnh thoảng có tập và kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [1].

Tình trạng tài chính: Việc trải qua các khó khăn về tài chính sẽ làm tăng nguy cơ mắc các bệnh về sức khỏe tâm thần đặc biệt là TC, LA và CT. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền năm 2012 trên 600 sinh viên trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn – Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh đã nhận định áp lực cuộc sống từ tiền nong, sinh hoạt phí là một trong những nguyên nhân chính gây nên căng thẳng ở sinh viên [2].

3.3.2. Yếu tố gia đình

Thu nhập gia đình: Nhóm nguyên nhân về gia đình là nhóm nguyên nhân đứng đầu trong gây nên căng thẳng ở sinh viên theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thụ (2009). Trong nhóm nguyên nhân này, thu nhập của gia đình là tác nhân chính ảnh hưởng đến căng thẳng sinh viên [4].

Mối quan hệ với gia đình: Nghiên cứu về mối quan hệ giữa mối quan hệ với gia đình và lo âu ở sinh viên của Michele M. Carter và cộng sự năm 2001 cho thấy mối quan hệ trái chiều giữa tình trạng lo âu, trầm cảm ở sinh viên và sự quan tâm, chăm sóc của cha mẹ. Những sinh viên nhận được sự quan tâm chăm sóc của cha mẹ sẽ có ít nguy cơ xuất hiện các dấu hiệu lo âu và trầm cảm. Điều này được chứng minh có ý nghĩa thống kê trong cả hai nhóm sinh viên Mỹ gốc Phi và gốc Âu [10].

Nghiên cứu của Phạm Thị Huyền Trang thực hiện trên 404 sinh viên trên 440 sinh viên trường đại học Y Hà Nội thuộc tất cả

các ngành và tất cả các năm học đã chỉ ra mối quan hệ gia đình là các yếu tố liên quan đến căng thẳng của sinh viên. Nếu những SV nào thường xuyên xảy ra mâu thuẫn với gia đình thì nguy cơ căng thẳng cao hơn 4,6 lần so với những sinh viên không hay mâu thuẫn với người thân trong gia đình [7].

3.3.3. Yếu tố học tập

Áp lực học tập: Nghiên cứu của Vũ Dũng đã chỉ ra nguy cơ mắc căng thẳng ở mức cao ở nhóm sinh viên chịu áp lực học tập ở mức trung và cao gấp 3 lần so với nhóm chịu áp lực thấp, $p < 0,05$ [1]. Nghiên cứu của Phan Thị Diệu Ngọc năm 2014 trên 395 sinh viên năm thứ nhất và hai tại Đại học Y khoa Vinh cho thấy sinh viên có áp lực học tập cao có nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm vừa và nặng gấp 4,4 lần so với sinh viên không có áp lực học tập ($p < 0,001$) [3].

Lập kế hoạch học tập: Việc lập kế hoạch học tập thường mang lại tinh chủ động cho sinh viên trong việc học và chuẩn bị thi cử. Bên cạnh đó, lập kế hoạch cũng hỗ trợ sinh viên trong việc sắp xếp công việc, thời gian làm việc học tập một cách khoa học hợp lý, mang lại hiệu quả công việc tối ưu. Điều này sẽ mang lại sự tự tin cho sinh viên, làm giảm nguy cơ TC, LA và CT ở sinh viên. Nghiên cứu của Lê Minh Thuận năm 2011 cũng cho kết quả những sinh viên có kế hoạch học tập theo tuần, tháng hoặc năm thì TC, LA và CT thấp hơn sinh viên không có kế hoạch học tập, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ [6].

Hài lòng với ngành học: Khi một sinh viên không cảm thấy thích ngành mà mình đang học, hứng thú, động lực của họ trong học tập sẽ luôn ở mức thấp. Ở Việt Nam, ngành học của con cái thường được chọn bởi bố mẹ. Việc bị bắt buộc phải học ngành không mình không thích sẽ dẫn đến tác động tâm lý trái chiều, từ đó làm tăng nguy cơ xuất hiện các vấn đề TC, LA và CT trong sinh viên.

3.3.4. Yếu tố xã hội

Có bạn thân và mối quan hệ với bạn thân: Việc có bạn thân và có mối quan hệ tốt với bạn thân được nhiều nghiên cứu chứng minh là yếu tố bảo vệ cho sức khỏe tinh thần của sinh viên trước TC, LA và CT. Trong nghiên cứu của mình, Vũ Dũng cũng đã chỉ ra có bạn thân và thường đi chơi với bạn thân là những yếu tố bảo vệ sinh viên trước căng thẳng. Những sinh viên có thói quen đi chơi với bạn thân có nguy cơ căng thẳng ở mức cao chỉ bằng 1/3 nhóm còn lại với $p < 0.01$. Nguy cơ căng thẳng cao ở nhóm sinh viên không có bạn thân gấp 3 lần nhóm có bạn thân với $p = 0,05$ [1].

Hoạt động ngoại khóa: Các hoạt động ngoại khóa, như là một phần tự nhiên và thiết yếu của cuộc sống đại học, là những hoạt động được nhiều sinh viên ưa thích. Các hoạt động ngoại khóa được định nghĩa là các hoạt động mang tính học thuật và không mang tính học thuật ngoài lớp học được tách biệt khỏi chương trình giảng dạy.

Sử dụng mạng xã hội: Việc sử dụng mạng xã hội như một công cụ giao tiếp, kết nối với mọi người có thể dẫn đến những ấn tượng sai lầm về các đặc điểm thể chất và cá tính của người khác. Việc nhận thấy những người khác như hạnh phúc hơn và thành công hơn không nhất thiết dẫn đến trầm cảm. Song, ở những người có thiên hướng trầm cảm hay có các vấn đề sức khỏe tâm thần đi kèm, điều này có thể tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần [9].

IV. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Đối với nghiên cứu đo lường mức độ TC, LA và CT trên sinh viên, bộ công cụ sử dụng là DASS-21 là phù hợp. Các yếu tố liên quan như nhóm yếu tố cá nhân, gia đình, học tập và xã hội phân tích dựa trên hồi quy logistic.

Các nghiên cứu được thực hiện ở nhiều nước khác nhau nhưng chủ yếu ở các nước Phương Tây nơi có các dịch vụ và nguồn lực

đầy đủ liên quan đến dự phòng TC, LA và CT. Vì vậy sự cần thiết phải tiến hành các nghiên cứu ở những khu vực có nguồn lực kém. Các nghiên cứu tiếp theo cũng nên tập trung đánh giá dự phòng TC, LA và CT ở sinh viên liên quan đến hài lòng với ngành học, áp lực học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Dũng** (2015), Thực trạng stress của sinh viên điều dưỡng Đại học Thăng Long năm 2015 và một số yếu tố liên quan, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Huyền** (2012), Thực trạng hiện tượng stress trong đời sống của sinh viên trường ĐH KHXH & NV – DHQG HCM, Luận văn thạc sĩ Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học xã hội và nhân văn - Đại học Quốc gia Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Phan Thị Diệu Ngọc** (2014), Thực trạng rối loạn trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở sinh viên trường đại học Y khoa Vinh, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Hữu Thụ** (2009), "Nguyên nhân stress của sinh viên đại học quốc gia Hà Nội", Tạp chí Tâm lý học, 3(120).
5. **Lê Minh Thuận** (2011), Một số rối nhiễu tâm lý của sinh viên đại học Y Dược Thành phố HCM, Luận văn thạc sĩ tâm lý học, Đại học sư phạm thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Lê Minh Thuận** (2011), "Sức khỏe tâm lý của sinh viên: Nghiên cứu cắt ngang", Tạp chí Y học thực hành, 774(7), tr. 72-75.
7. **Phạm Thị Huyền Trang** (2013), Thực trạng stress trong sinh viên trường đại học Y Hà Nội, Khóa luận tốt nghiệp Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Chen, Lu, et al** (2013), "Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates", PLoS ONE, 8(3).

9. **Chou, HT and Edge, N** (2012), "They are happier and having better lives than I am": the impact of using Facebook on perceptions of others' lives", *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 15, pp. 117-121.
10. **MCarter, Michele, et al.** (2001), "Parental bonding and anxiety: Differences between African American and European American college students", *Journal of Anxiety Disorders*, 15(6), pp. 555-569
11. **Shamsuddin, Khadijah, et al.** (2013), "Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students", *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), pp. 318-323.

CHUẨN HÓA THANG ĐO TRẦM CẢM PHQ-9 Ở ĐỐI TƯỢNG HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Thành Hưng¹, Lê Minh Thi², Ngô Anh Vinh³

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Chuẩn hóa thang đo trầm cảm PHQ-9 ở đối tượng học sinh trung học phổ thông tại 2 trường trung phổ thông ở thành phố Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 640 học sinh tại 2 trường trung học phổ thông tại Hà Nội năm 2024. **Kết quả:** Xây dựng và chuẩn hóa được thang đo bộ câu hỏi PHQ-9 ở đối tượng học sinh trung học phổ thông có độ tin cậy cao, với hệ số Cronbach's Alpha là 0,868, $p < 0,001$, Eigenvalue > 1 , giá trị hệ số tải các biến đều lớn hơn 0,5 và chênh lệch giữa các nhân tố đều lớn hơn 0,3. **Kết luận:** Nghiên cứu đã xây dựng và chuẩn hóa được thang đo bộ công cụ khảo sát PHQ-9 trên đối tượng học sinh trung học phổ thông.

Từ khóa: Thang đo, chuẩn hóa, PHQ-9, trung học phổ thông.

SUMMARY

STANDARDIZE THE PHQ-9 DEPRESSION SCALE AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS AT TWO HIGH SCHOOLS IN HANOI CITY

Objective: Standardize the PHQ-9 depression scale among high school students at two high schools in Hanoi city. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive study on 640 students at 2 high schools in Hanoi in 2024. Results: The PHQ-9 questionnaire scale has been built and standardized in Hanoi. High school students have high reliability, with Cronbach's Alpha coefficient of 0.868, $p < 0.001$, Eigenvalue > 1 , the loading factor values of all variables are greater than 0.5 and the difference between factors is greater than 0.3. **Conclusions:** The study has built and standardized the PHQ-9 survey toolkit scale to achieve unidimensionality and meet discriminant validity.

Keywords: Scale, standardize, PHQ-9, high school.

¹Trung tâm Y tế quận Cầu Giấy

²Trường Đại học Y tế Công cộng

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

SĐT: 0912297770

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một trong những vấn đề về rối loạn tâm thần thường gặp ở vị thành niên đặc biệt là giai đoạn cuối (16-18 tuổi), là độ tuổi trung học phổ thông (THPT). Trầm cảm có thể để lại nhiều hậu quả ảnh

hưởng đến học tập, chất lượng cuộc sống và gia tăng tỷ lệ tự sát.

Tại Việt Nam, theo điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên (SAVY) năm 2009 có khoảng 73,1% vị thành niên và thanh niên thường có cảm giác buồn chán và 4,1% từng nghĩ đến tự tử [1]. Qua khảo sát tại một số trường THPT ở các thành phố lớn của Việt Nam bằng thang đo phổ biến DASS-21 đều cho thấy tại TP Hồ Chí Minh và Hà Nội đều chiếm tỷ lệ khá cao [2], [3]. Các nghiên cứu cho thấy hầu hết học sinh đều không tìm kiếm sự giúp đỡ khi có vấn đề về sức khoẻ tâm thần (SKTT).

Việc sàng lọc, chẩn đoán nhằm phát hiện và điều trị sớm trầm cảm ở vị thành niên nói chung và lứa tuổi vị thành niên hiện là học sinh THPT nói riêng tại Việt Nam đòi hỏi phải có một công cụ đánh giá trầm cảm đáng tin cậy. Thang đánh giá trầm cảm PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) là một trong những thang đo được sử dụng phổ biến trên thế giới để đánh giá trầm cảm. Thang đo đánh giá các triệu chứng rối loạn trầm cảm trên cơ sở những hướng dẫn của DSM-V [4]. Tuy nhiên hiện tại ở Việt Nam chưa chuẩn hóa bộ công cụ xác định trầm cảm PHQ-9 trên đối tượng học sinh THPT. Vì thế, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu góp một phần trong sàng lọc, chẩn đoán sớm trầm cảm ở đối tượng học sinh THPT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh đang theo học tại 2 trường THPT tại thành phố Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Học sinh đang theo học tại 3 khối 10, 11, 12 thuộc 2 trường THPT tại thành phố Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Phụ huynh và học sinh từ chối tham gia nghiên cứu.

+ Học sinh không có khả năng trả lời phỏng vấn (vắng mặt, nghỉ ốm) trong thời gian thu thập số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Theo Erin Ruel (2018), cỡ mẫu dự kiến có thể gấp 5 lần số biến quan sát hoặc tối thiểu phải từ 100-150 [5]. Thực tế, trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập được thông tin trên 640 học sinh THPT đồng ý tham gia và chỉ có 8 học sinh không đồng ý tham gia.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trong thời gian từ tháng 4 năm 2024 đến hết tháng 8 năm 2024.

- Địa điểm: 02 trường THPT tại thành phố Hà Nội.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phát phiếu tự điền bao gồm các câu hỏi về thông tin đặc điểm của học sinh và bộ câu hỏi về thang đo đánh giá trầm cảm PHQ-9. Thang đo PHQ-9 có số lượng câu hỏi ngắn, gồm 9 câu hỏi với phạm vi điểm từ 0 đến 27 điểm giúp sàng lọc nhanh các vấn đề về trầm cảm. Các câu hỏi đánh giá tần suất thường gặp các triệu chứng liên quan đến trầm cảm trong hai tuần qua. Các mức độ được phân thành 4 nhóm: không có dấu hiệu trầm cảm (0-4 điểm), nguy cơ trầm cảm (5-9 điểm), trầm cảm nhẹ (10-14 điểm), trầm cảm vừa (15-19 điểm) và trầm cảm nặng (20-27 điểm).

2.4.2. Các bước thu thập số liệu

- Bước 1: Liên hệ Ban giám hiệu nhà trường để xin xác nhận sự đồng ý khảo sát.

- Bước 2: Liên hệ giáo viên chủ nhiệm lớp học, giới thiệu mục tiêu nghiên cứu

- Bước 3: Xác nhận sự đồng ý tham gia nghiên cứu của phụ huynh/người chăm sóc học sinh ở các lớp được chọn.

- Bước 4: Tiến hành thu thập số liệu với nhà trường và chọn ngẫu nhiên các lớp tham gia nghiên cứu.

- Bước 5: Điều tra viên tiến hành kiểm tra thông tin trong phiếu đã đầy đủ và chính xác và cho học sinh bổ sung tại chỗ nếu còn thiếu và không chính xác.

2.4.3. Chuẩn hóa thang đo bộ câu hỏi khảo sát

Nhập, xử lý thông tin và thực hiện phân tích khám phá Exploratory Factor Analysis (EFA), hệ số Cronbach's Alpha phân tích nhằm đánh giá độ tin cậy và tính giá trị của thang đo.

Phân tích nhân tố khám phá EFA: Hệ số Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $\geq 0,5$ và mức ý nghĩa của kiểm định Bartlett $\leq 0,05$; Hệ số tải nhân tố (Factor loading) $\geq 0,5$, nếu biến quan sát nào có hệ số tải nhân tố $< 0,5$ sẽ bị loại. Thang đo được chấp nhận khi tổng phương sai trích $\geq 50\%$. Hệ số Eigenvalue trên từng yếu tố > 1 . Khác biệt hệ số tải nhân tố của một biến quan sát giữa các nhân tố $\geq$

0,3 để tạo giá trị phân biệt giữa các nhân tố. Hệ số Cronbach's Alpha từ 0,6 trở lên có thể chấp nhận được, các biến quan sát có tương quan biến-tổng nhỏ hơn 0,3 sẽ bị loại.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Nghiên cứu sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập dữ liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20 để mô tả và phân tích.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua theo quyết định số 160/2024/YTCC-HD3 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y tế Công cộng ngày 08 tháng 5 năm 2024.

Nghiên cứu thực hiện với sự đồng ý của Ban giám hiệu nhà trường cùng với phụ huynh và học sinh. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe của học sinh và các thông tin cá nhân được đảm bảo bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung (N=640)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	316	49,4
	Nữ	324	50,6
Chuyên	Tự nhiên	343	53,6
	Xã hội	297	46,4
Khối lớp	Khối lớp 10	207	32,3
	Khối lớp 11	218	34,1
	Khối lớp 12	215	33,6

Bảng 3.1 cho thấy trong 640 học sinh được hỏi, tỷ lệ giới tính là khá tương đồng với 316 học sinh nam tương đương 49,4% và 324 học sinh nữ tương đương 50,6%. Tỷ lệ học sinh ở 2 ban chuyên cũng là khá tương đồng: 343 học sinh tương đương 53,6% các em theo học ban tự nhiên và 297 học sinh tương đương 46,4% đang theo học ban xã

hội. Tỷ lệ học sinh ở các khối lớp cũng được phân bố khá tương đồng ở khối lớp 10, 11, 12 lần lượt là 32,3%, 34,1% và 33,6 %.

3.2. Thẩm định độ tin cậy thang đo

Tính nhất quán của thang đo được đánh giá bằng hệ số Cronbach's Alpha. Các mục của thang đo PHQ-9 được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Giá trị Cronbach 's alpha của thang đo PHQ-9 (N=640)

Câu hỏi	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Hệ số tương quan biến tổng	Hệ số Cronbach 's Alpha nếu loại bỏ câu hỏi	Hệ số Cronbach 's Alpha
Ít hứng thú hoặc là không có niềm vui	1,07	$\pm 0,931$	0,615	0,852	0,868
Cảm thấy chán nản kiệt sức, chán nản, hay tuyệt vọng	0,96	$\pm 0,858$	0,735	0,842	
Khó ngủ, ngủ không lâu hoặc ngủ quá nhiều	1,19	$\pm 1,068$	0,590	0,855	
Cảm thấy mệt mỏi hoặc thiếu năng lượng	1,22	$\pm 0,97$	0,695	0,844	
Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	0,94	$\pm 1,024$	0,616	0,852	
Cảm thấy bản thân tồi tệ, cho rằng mình là người thất bại hoặc thất vọng về bản thân và gia đình	0,87	$\pm 0,964$	0,612	0,852	
Khó tập trung vào một việc gì đó, ví dụ như đọc báo hay xem tivi	0,96	$\pm 1,047$	0,518	0,862	
Di chuyển hoặc nói năng quá chậm chạp khiến người khác chú ý hoặc ngược lại - quá lo lắng, bồn chồn nên đi lại quá nhiều	0,43	$\pm 0,772$	0,535	0,859	
Nghĩ rằng mình chết đi sẽ tốt hơn, hoặc làm đau hay tổn thương cơ thể	0,45	$\pm 0,822$	0,520	0,860	

Kết quả cho thấy tương quan biến tổng của 9/9 biến quan sát đều lớn hơn 0,3; đồng thời hệ số Cronbach's Alpha khi loại biến đều cao hơn giá trị Cronbach's Alpha hiện hành. Trong các biểu hiện trầm cảm, biểu hiện "Cảm thấy mệt mỏi hoặc thiếu năng lượng" có điểm trung bình cao nhất $1,22 \pm 0,97$ điểm và biểu hiện Di chuyển hoặc nói năng quá chậm chạp khiến người khác chú ý hoặc ngược lại - quá lo lắng, bồn chồn nên đi lại quá nhiều" có điểm trung bình thấp nhất $0,43 \pm 0,772$ điểm. Hệ số Cronbach's Alpha của bộ công cụ là 0,868.

3.3. Phân tích nhân tố khám phá EFA

Bảng 3.3. Phân tích nhân tố EFA biến phụ thuộc

Câu	Hệ số tải
Ít hứng thú hoặc là không có niềm vui	0,817
Cảm thấy chán nản kiệt sức, chán nản, hay tuyệt vọng	0,782
Khó ngủ, ngủ không lâu hoặc ngủ quá nhiều	0,713
Cảm thấy mệt mỏi hoặc thiếu năng lượng	0,711
Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	0,709
Cảm thấy bản thân tồi tệ, cho rằng mình là người thất bại hoặc thất vọng về bản thân và gia đình	0,691
Khó tập trung vào một việc gì đó, ví dụ như đọc báo hay xem tivi	0,632
Di chuyển hoặc nói năng quá chậm chạp khiến người khác chú ý hoặc ngược lại - quá lo lắng, bồn chồn nên đi lại quá nhiều	0,621
Nghĩ rằng mình chết đi sẽ tốt hơn, hoặc làm đau hay tổn thương cơ thể	0,617

Theo kết quả kiểm định trong bảng kiểm định KMO và Bartlett's (Bartlett's test of sphericity) tại phía trên cho thấy Hệ số KMO = 0,907 (nằm trong khoảng 0,5-1), trong kiểm định Bartlett có hệ số Sig. <0,001 (<0,05)

Trị số Eigenvalue là tiêu chí dùng để xác định số lượng nhân tố trong phân tích EFA. Những nhân tố nào có chỉ số Eigenvalue lớn hơn hoặc bằng 1 thì mới được giữ lại trong mô hình phân tích. Kết quả phân tích cho thấy có 1 nhân tố được trích tại Eigenvalue = 4,732 thỏa mãn điều kiện lớn hơn 1, phân tích trích nhân tố này bao gồm 9 biến quan sát được giữ lại phân tích trong mô hình nghiên cứu. Giá trị tổng phương sai trích tại mức này là 52,58% (>50%). Kết quả phân tích trong bảng nhân tố cho thấy 9 biến quan sát có hệ số tải (Factor loading) trong khoảng từ 0,617 đến 0,817 (> 0,5).

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, thang đánh giá trầm cảm PHQ-9 là công cụ được sử dụng phổ biến nhất trong cộng đồng. Thang đo PHQ-9 có số lượng câu hỏi ngắn chỉ bao gồm 9 câu giúp cho khả năng sàng lọc nhanh các vấn đề trầm cảm. Quá trình thẩm định thang đo PHQ-9 đã đưa ra các dữ liệu có ý nghĩa thống kê về độ tin cậy và tính chính xác cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3.2 giá trị Cronbach's Alpha của thang đo khi kiểm định trên 640 đối tượng là học sinh THPT là 0,868 và tất cả các biến đưa vào dao động trong khoảng giá trị từ 0,52 đến 0,73 (lớn hơn 0,3). Vì thế, chúng tôi không loại bỏ biến nào ra khỏi bộ công cụ vì giá trị Cronbach's Alpha càng lớn thì thang đo càng có độ tin cậy tốt. Giá trị Cronbach's Alpha của công cụ được kiểm định là ở mức độ tốt và giá trị này tương đồng với nghiên cứu của Eduardo Fonseca-Pedrero và các cộng sự khi chuẩn hóa bộ công cụ PHQ-9 trên 2235 đối tượng với hệ số Cronbach's alpha là 0,87 và nghiên cứu của Jasmina Burdzovic Andreas và các cộng sự khi đánh giá trầm cảm ở trẻ vị thành niên nam nữ Na Uy PHQ-9 có hệ số Cronbach's alpha là 0,86 [6], [7].

Nghiên cứu của Wenzheng Wang và cng sự khi đánh giá độ tin cậy và tính hợp lệ của

phiên bản tiếng Trung của thang đo PHQ-9 khi đánh giá các triệu chứng trầm cảm nặng trên 1045 đối tượng trong cộng đồng đã cho kết quả hệ số Cronbach's Alpha là 0,86 [9]. Một nghiên cứu về độ tin cậy và tính hợp lệ của phiên bản tiếng Thái của PHQ-9 đã cho kết quả hệ số Cronbach's Alpha là 0,79, thấp hơn so với những kết quả của những nghiên cứu trên. Ngoài ra, hệ số tương quan biến tổng ở 9 biến chỉ dao động trong khoảng từ 0,35 đến 0,61 thấp hơn so với khoảng giá trị trong nghiên cứu của chúng tôi [9]. Như vậy có thể thấy, hệ số Cronbach's Alpha trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với đa số các nghiên cứu khác trên thế giới kể trên với cùng đối tượng là học sinh trung học phổ thông.

Phân tích nhân tố khám phá EFA là một bước rất quan trọng khi thực hiện phân tích dữ liệu định lượng. Hệ số KMO là một chỉ số dùng để xem xét sự thích hợp của phân tích nhân tố. Kiểm định Bartlett dùng để xem xét các biến quan sát trong nhân tố có tương quan với nhau hay không. Theo kết quả kiểm định trong bảng kiểm định KMO và Bartlett's (Bartlett's test of sphericity) tại phía trên cho thấy Hệ số KMO = 0.907 thỏa mãn điều kiện lớn hơn 0,5 và nhỏ hơn 1. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểm định Bartlett có hệ số Sig. <0,001 thỏa điều kiện nhỏ hơn 0,05. Kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê chứng tỏ các biến quan sát có tương quan với nhau Điều này cho thấy các biến quan sát trong nhân tố có mối tương quan với nhau và phù hợp để sử dụng trong phân tích.

Trị số Eigenvalue là một tiêu chí sử dụng phổ biến để xác định số lượng nhân tố trong phân tích EFA. Với tiêu chí này, chỉ có những nhân tố nào có Eigenvalue ≥ 1 mới được giữ lại trong mô hình phân tích. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả phân tích có 1 nhân tố được trích tại Eigenvalue = 4,732 thỏa mãn điều kiện lớn hơn 1, phân tích trích nhân tố này bao gồm 9 biến quan sát được giữ lại phân tích trong mô hình nghiên cứu. Kết quả

cũng chỉ ra tổng phương sai trích của biến phụ thuộc là 52,58% ($\geq 50\%$) đạt yêu cầu cho thấy mô hình EFA là phù hợp. Theo Hair và cộng sự (2010), giá trị tiêu chuẩn của hệ số tải nên được xem xét cùng kích thước mẫu. Với từng khoảng kích thước mẫu khác nhau, mức trọng số nhân tố để biến quan sát có ý nghĩa thống kê là hoàn toàn khác nhau [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi định lượng trên 640 mẫu, hệ số tải của các biến được thể hiện ở bảng 3.3 dao động từ 0,617 – 0,817 $> 0,5$. Kết quả này cho thấy biến quan sát có ý nghĩa thống kê rất tốt [10]. Kết quả này tương tự với kết quả chuẩn hóa thang đo PHQ-9 cho đối tượng vị thành niên ở Na Uy của tác giả Jasmina Burdzovic Andreas và cộng sự khi cho kết quả hệ số tải dao động từ 0,51 – 0,77 [7]. Như vậy thang đo PHQ-9 trên đối tượng học sinh trung học phổ thông đạt tính chính xác và tin cậy.

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang, đã thực hiện phân tích tìm hiểu thang đo PHQ-9 về độ tin cậy và tính giá trị thang đo. Tuy nhiên, nghiên cứu thực hiện tại hai trường THPT trên địa bàn thành phố Hà Nội, đây là trung tâm văn hóa - kinh tế - xã hội của Việt Nam nên chưa đại diện được cho học sinh THPT trên toàn quốc. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại các trường công lập và dân lập, do đó chưa thể ngoại suy cho học sinh các trường giáo dục thường xuyên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thang đo PHQ-9 có thể sử dụng như một công cụ thuận tiện và đáng tin cậy để sàng lọc chẩn đoán trầm cảm ở đối tượng học sinh phổ thông trung học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Nội vụ**, Quỹ dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam. Báo cáo quốc gia về thành niên Việt Nam. 2015; tr49.
2. **Thai TT, Vu NLLT, Bui HHT** (2020). Mental health literacy and help-seeking preferences in high school students in Ho Chi Minh City. *Vietnam School Mental Health*; 12 (2):378-87.
3. **Trần Văn Công, Nguyễn Thị Hoài Phương, Trần Thành Nam** (2019). Thực trạng khó khăn tâm lý của học sinh và nhu cầu sử dụng ứng dụng tư vấn tâm lý trong trường học. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*; 61(10), 1-5.
4. **Dziedzic B, Sarwa P, Kobos E, et al** (2021). Loneliness and Depression among Polish High-School Students. *International journal of environmental research and public health*; 18(4): 1706.
5. **Erin Ruel, William Edward Wagner III, Brian Joseph Gillespie** (2018). *The Practice of Survey Research: Theory and Applications. How to pretest and pilot a survey questionnaire*. SAGE publication. 101-119.
6. **Eduardo Fonseca-Pedrero, Adriana Díez-Gómez, et al** (2023). Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 328, 115486.
7. **Burdzovic Andreas J, Brunborg GS** (2017). Depressive Symptomatology among Norwegian Adolescent Boys and Girls: The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Psychometric Properties and Correlates. *Front Psychol* ;8:887.
8. **Wenzheng Wang, et al** (2014). Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*. 36 (5), 539-544.
9. **Lotrakul, M., Sumrithe, S. & Saipanish, R** (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 8:46.
10. **Hair J.F.** Multivariate data analysis. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2010, p116-118.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Lê Thị Trang¹, Ngô Trí Hiệp¹, Võ Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 426 sinh viên ngành Y khoa và Dược học bằng bộ công cụ đo chỉ số chất lượng giấc ngủ - PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index). **Kết quả:** Chất lượng giấc ngủ kém của sinh viên có liên quan với một số yếu tố: Yếu tố cá nhân (sinh viên năm thứ ba: OR = 2,3 và năm cuối: OR = 4,9); Yếu tố hành vi (sinh viên sử dụng điện thoại trước khi ngủ nhiều hơn 3 lần/tuần: OR = 3,4; bị thức giấc giữa đêm vì điện thoại: OR = 2,1; không tập luyện thể dục: OR = 2,2; thường xuyên thiếu thời gian giải trí: OR = 2,9); Yếu tố môi trường ngủ (phòng ngủ bị ảnh hưởng bởi ánh sáng: OR = 3,8; tiếng ồn gây ra bởi người khác: OR = 3,1). **Kết luận:** Sinh viên nên thực hiện các thói quen ngủ tích cực, kiểm soát việc sử dụng điện thoại di động và tăng cường các hoạt động thể lực.

Từ khóa: Chất lượng giấc ngủ; sinh viên Y; PSQI

SUMMARY

FACTORS RELATED TO SLEEP QUALITY AMONG BACCALAURATE STUDENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY IN 2023

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trang

SĐT: 0374714236

Email: letrang0812@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Objective: To describe factors related to the sleep quality of students at Vinh University of Medicine in 2023. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 426 medical and pharmacy students using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) tool to assess sleep quality. **Results:** Poor sleep quality among students was associated with several factors: Individual factors (third-year students: OR = 2.3; final-year students: OR = 4.9). Behavioral factors (students using phones before sleep more than 3 times per week: OR = 3.4; waking up at night due to phone use: OR = 2.1; lack of physical exercise: OR = 2.2; frequent lack of leisure time: OR = 2.9). Environmental factors (sleep environment affected by light: OR = 3.8; noise caused by others: OR = 3.1). **Conclusion:** Students should adopt healthy sleep habits, limit mobile phone use before bed, and increase physical activity.

Keywords: Sleep quality; medical students; PSQI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ là sự hài lòng của một người khi trải qua giấc ngủ của mình, được đánh giá thông qua nhiều khía cạnh khác nhau như sự bắt đầu vào giấc ngủ, khả năng duy trì giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ, tình trạng sức khỏe sau khi ngủ dậy. Một số nghiên cứu cho thấy chất lượng giấc ngủ kém có liên quan đến tình trạng tiền viêm, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và chuyển hóa, gây ra các bệnh về tâm thần, và cũng là nguyên nhân của những vụ tai nạn giao thông, tai nạn lao động do thiếu tỉnh táo [6].

Sinh viên y khoa được coi là nhóm đối tượng dễ gặp các vấn đề về giấc ngủ do chương trình học khá đặc thù và thời gian học

kéo dài. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém khá cao. Tại Trường Đại học Duy Tân (2020) và Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2020) tỷ lệ này lần lượt là 68,6% và 78,53% [2], [4]. Để có thể tìm hiểu rõ hơn các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của sinh viên y khoa, nhằm làm cơ sở cho các nghiên cứu can thiệp chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên Y khoa và Dược đang theo học năm nhất, năm ba và năm cuối tại Trường Đại học Y khoa Vinh, sinh viên có mặt tại thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: $p = 56,5\%$ (tỉ lệ SV hệ bác sĩ đa khoa có chất lượng giấc ngủ kém ở Trường Đại học y dược Cần Thơ năm 2023) [9], chọn $d = 0,05$. Cỡ mẫu tối thiểu $n = 378$. Thực tế, chúng tôi nghiên cứu 426 sinh viên.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng. Trong mỗi tầng sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Tiến hành chọn mẫu theo các bước sau:

Bước 1: Phân tầng sinh viên theo ngành học. Trong 05 ngành đào tạo hệ chính quy, chọn chủ đích 02 ngành Y khoa và Dược.

Bước 2: Trong 02 ngành Y khoa và Dược, phân tầng theo năm học. Chọn chủ đích sinh viên năm nhất, sinh viên năm ba và sinh viên năm cuối ở cả hai ngành. Tiến hành thống kê số lượng sinh viên để chọn mẫu theo tỷ lệ kích cỡ mỗi tầng.

Bước 3: Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo cỡ mẫu mỗi tầng đã xác định.

2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi, nơi ở, năm học, ngành học,...

Thực trạng chất lượng giấc ngủ (CLGN) theo thang đo PSQI: gồm 19 mục được nhóm lại thành 7 phần (chất lượng giấc ngủ tự đánh giá, độ trễ giấc ngủ, thời gian ngủ, hiệu quả giấc ngủ, sự gián đoạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ và rối loạn chức năng ban ngày), mỗi phần được tính điểm từ 0-3. Điểm tổng của 7 phần dao động từ 0-21 điểm, điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng kém. Chất lượng giấc ngủ được cho là tốt khi điểm tổng $PSQI \leq 5$ và kém khi điểm tổng $PSQI > 5$.

Đặc điểm hành vi cá nhân: tập thể dục, sử dụng điện thoại di động.

Đặc điểm môi trường ngủ: nơi ở, tiếng ồn, không khí, nhiệt độ.

Áp lực học tập và áp lực xã hội.

2.4. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thu thập thông tin định lượng bằng phương pháp phát vấn.

Công cụ thu thập số liệu: bộ câu hỏi có cấu trúc gồm 6 phần: Phần 1: Đặc điểm cá nhân; Phần 2: Đặc điểm về thói quen, hành vi cá nhân; Phần 3: Đặc điểm về môi trường ngủ; Phần 4: Áp lực học tập; Phần 5: Áp lực xã hội; Phần 6: Chất lượng giấc ngủ dựa trên bảng câu hỏi Pittsburgh [8].

Quy trình thu thập số liệu:

Bước 1: Liên hệ với lớp trưởng từng khối/lớp để được hỗ trợ về địa điểm và thời gian điều tra.

Bước 2: Các điều tra viên sẽ được tập huấn về nội dung của bộ câu hỏi, hướng dẫn sinh viên cách trả lời phiếu điều tra.

Bước 3: Điều tra chính thức.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ.

Phân tích đơn biến: Sử dụng kiểm định khi bình phương (χ^2), Fisher Exact Test, với

mức ý nghĩa $\alpha=0,05$ để so sánh các tỉ lệ. Phân tích đa biến: Sử dụng mô hình hồi quy đa biến để xác định mối liên quan giữa các biến độc lập với biến chất lượng giấc ngủ.

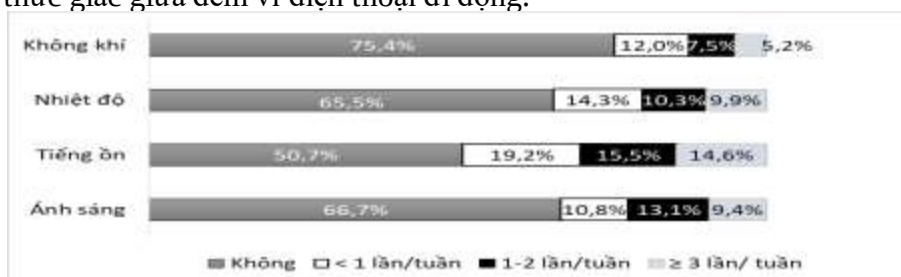
2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh thông qua theo quyết định số 799/QĐ-ĐHYKV-QLKH ngày 12/5/2023. Các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các thông tin đối tượng cung cấp chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về một số thói quen của sinh viên ($n = 426$)

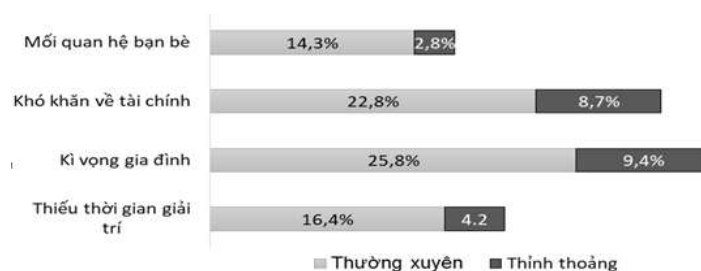
Thói quen		n	%
Tập luyện thể dục	Không vận động	94	22,1
	<30' - 1h/tuần	250	58,7
	1-2h/tuần	34	8,0
	2.5h- $\geq$ 5h/tuần	48	11,3
Sử dụng điện thoại trước khi ngủ	Không sử dụng	11	2,6
	<1 lần/tuần	19	4,5
	1-2 lần/tuần	167	39,2
	≥ 3 lần/tuần	229	53,8
Thời gian sử dụng điện thoại trước khi ngủ	< 2 giờ	98	23,6
	≥ 2 giờ	317	76,4
Thức giấc giữa đêm	Có	116	27,2
	Không	310	72,7

Bảng 1 trình bày về một số thói quen của sinh viên trong một tháng trước điều tra. Kết quả cho thấy có 77,9% sinh viên có tập luyện thể dục, với tần suất chủ yếu từ dưới 30 phút – 1 tiếng mỗi tuần (58,7%). Hầu hết sinh viên đều sử dụng điện thoại di động trước khi ngủ (97,4%), trong đó nhóm sử dụng ≥ 3 lần/tuần chiếm tỷ lệ cao (53,8%), Có 27,2% sinh viên cho biết bị thức giấc giữa đêm vì điện thoại di động.



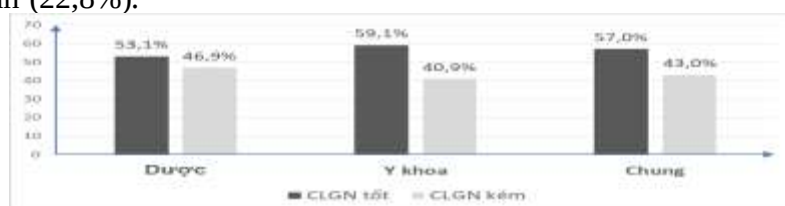
Hình 1. Đặc điểm về môi trường ngủ của sinh viên ($n= 426$)

Hình 1 cho biết đặc điểm về môi trường ngủ của sinh viên. Tiếng ồn gây ra bởi người khác, nhiệt độ phòng ngủ không ổn định và ánh sáng là những yếu tố có ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ của sinh viên với tỷ lệ lần lượt là: 49,3%; 34,4% và 33,3%.



Hình 2. Tỷ lệ sinh viên gặp áp lực xã hội ở mức độ thường xuyên và thỉnh thoảng

Trong các loại áp lực xã hội mà sinh viên gặp phải ở mức độ thường xuyên và thỉnh thoảng, áp lực từ kỳ vọng của gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất (25,8%), tiếp theo là những khó khăn về tài chính (22,8%).



Hình 3. Chất lượng giấc ngủ của sinh viên trong một tháng vừa qua (n=426)

Có 43,0% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI > 5). Sinh viên ngành được (46,9%) có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn so với sinh viên y khoa (40,9%).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của sinh viên khi xét đơn biến (n= 426)

Thói quen		Chất lượng giấc ngủ		OR	Giá trị P
		Kém n (%)	Tốt n (%)		
Tập luyện thể dục	Không	52 (55,3)	42 (44,7)	1,9	<0,01
	Có	131 (39,5)	201 (60,5)		
Sử dụng điện thoại di động	Có	182 (43,9)	233 (56,1)	7,8	0,03**
	Không	1 (9,1)	10 (90,9)		
Tần suất sử dụng điện thoại di động	≥ 3 lần/tuần	103 (45,0)	126 (55,0)	3,06	0,04
	1-2 lần/tuần	75 (44,9)	92 (55,1)	3,05	0,04
	<1 lần/tuần*	4 (21,1)	15 (78,9)	-	-
Thời gian sử dụng điện thoại di động	≥ 2 giờ	53 (54,1)	45 (45,9)	1,7	0,02
	< 2 giờ	128 (40,5)	188 (59,5)		
Thức giấc giữa đêm	Có	68 (58,6)	48 (41,4)	2,4	<0,01
	Không	115 (37,1)	195 (62,9)		
Phòng ngủ bị ảnh hưởng ánh sáng	Có	89 (62,7)	53 (37,3)	3,4	<0,01
	Không	94 (33,1)	190 (66,9)		
Phòng ngủ bị ảnh hưởng tiếng ồn	≥ 3 lần/tuần	41 (66,1)	21 (33,9)	2,7	<0,01
	1-2 lần/tuần	39 (59,1)	27 (40,9)	2,0	0,03
	<1 lần/tuần*	34 (41,5)	48 (58,5)	-	-
Phòng ngủ bị ảnh hưởng nhiệt độ	≥ 3 lần/tuần	29 (69,0)	13 (31,0)	2,6	0,02
	<1 lần/tuần*	28 (45,9)	33 (54,1)		

Ghi chú: (*): nhóm so sánh; (**): Kiểm định Fisher Exact Test

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, các thói quen sinh hoạt trong một tháng trước điều tra của sinh viên và yếu tố môi trường ngủ (ánh sáng, tiếng ồn, nhiệt độ) đều có mối liên quan đến chất lượng giấc ngủ của sinh viên ($P < 0,05$).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ hiệu chỉnh theo mô hình hồi quy đa biến

Yếu tố liên quan		OR	KTC 95%	Giá trị P
Năm học	Năm thứ ba	2,3	1,2-4,8	0,02
	Năm cuối	4,9	2,4-10,5	<0,01
	Năm thứ nhất *	1	-	-
Sử dụng điện thoại trước khi ngủ	≥ 3 lần/tuần	3,4	1,1 - 10,7	0,04
	Không*	1	-	-
Thức giấc giữa đêm vì điện thoại	Có	2,1	1,2 - 3,9	0,02
	Không*	1	-	-
Tập luyện thể dục	Không	2,2	1,2 - 4,0	0,01
	Có*	1	-	-
Thiếu thời gian giải trí	Thường xuyên	2,9	1,3 - 6,6	0,01
	Không*	1	-	-
Phòng ngủ ảnh hưởng bởi ánh sáng	1-2 lần/tuần	3,8	1,7 - 8,4	<0,01
	Không*	1	-	-
Phòng ngủ ảnh hưởng bởi tiếng ồn	≥ 3 lần/tuần	3,1	1,2 - 7,6	0,02
	Không*	1	-	-

Ghi chú: (*): Nhóm so sánh, KTC: Khoảng tin cậy.

Kết quả phân tích từ mô hình hồi quy đa biến cho thấy những sinh viên đang học năm thứ ba và năm cuối có khả năng có CLGN kém cao hơn những sinh viên đang học năm thứ nhất với OR lần lượt là 2,3 và 4,9. Ngoài ra những sinh viên sử dụng điện thoại di động trước khi ngủ ≥ 3 lần/tuần (OR = 3,4), bị thức giấc giữa đêm vì điện thoại (OR = 2,1), không tập thể dục (OR = 2,2), thường xuyên thiếu thời gian giải trí (OR = 2,9) và môi trường ngủ bị ảnh hưởng bởi ánh sáng, tiếng ồn trong một tháng vừa qua có khả năng có CLGN kém cao hơn so với nhóm còn lại.

IV. BÀN LUẬN

Về một số thói quen của sinh viên trong một tháng trước điều tra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết sinh viên đều sử dụng điện thoại di động trước khi đi ngủ (97,4%). Trong đó 53,8% sử dụng nhiều hơn 3 lần/tuần và 76,4% sử dụng nhiều hơn 2 giờ trước khi ngủ. Thói quen này đang ngày càng trở nên phổ biến đối với sinh viên. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cũng ghi nhận điều này. Tại trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (2021), tỷ lệ này là 97,2%, với 86,7% sinh viên sử dụng nhiều

hơn 5 lần/tuần [3]; tại Đại học Al-Azhar ở Cairo, Ai Cập (2023), tỷ lệ này là 96,5%, với gần một nửa (46,9%) sinh viên sử dụng hơn 2 giờ trước khi ngủ [5]. Điều này cũng dễ hiểu khi mà sinh viên hiện nay đang sống trong thời đại của công nghệ số, việc sở hữu điện thoại thông minh khá dễ dàng, cùng với đó là nhu cầu lớn về tiếp cận các thông tin, sự kiện và giải trí. Tuy nhiên đây là vấn đề đáng lưu tâm bởi những ảnh hưởng không tốt khi sử dụng điện thoại di động trước khi đi ngủ như: gây ra những mệt mỏi, giảm chất lượng giấc ngủ, giảm hoạt động thể chất, ngoài ra còn có thể gây lo lắng và nguy cơ trầm cảm cho người sử dụng.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công bố hướng dẫn hoạt động thể chất (2020), trong đó, mức khuyến nghị dành cho mọi người (từ 18 - 64 tuổi) là tập luyện ít nhất 150-300 phút/tuần (2,5-5 giờ/tuần) cường độ vừa phải hoặc ít nhất 75 phút - 150/tuần (1,5 - 2,5 giờ/tuần) cường độ cao [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 77,9% sinh viên có thực hiện các hoạt động rèn luyện thể chất, trong đó 58,7% tập thể dục từ dưới 30 phút - 1giờ/tuần, chỉ có 11,3% sinh viên tập thể dục nhiều hơn 2,5 giờ/tuần. Nhìn chung hầu hết sinh viên

trong nghiên cứu dành khá ít thời gian cho việc rèn luyện thể chất và mức độ tập luyện ít hơn so với khuyến nghị.

Khi xem xét các yếu tố của môi trường ngủ, chúng tôi nhận thấy tiếng ồn gây ra bởi người khác (49,3%), nhiệt độ phòng ngủ không ổn định (34,4%) và ánh sáng (33,3%) là những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ của sinh viên trong một tháng trước điều tra. Các kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu tại trường Cao đẳng Y dược Hồng Đức, thành phố Hồ Chí Minh (2020), với 47% sinh viên cho rằng nhiệt độ phòng ngủ và 40% cho rằng tiếng ồn từ các thiết bị trong phòng ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ [1]. Tuy nhiên kết quả tìm kiếm y văn chưa tìm thấy một thang đo nào đánh giá được tính giá trị và độ tin cậy nhằm đo lường các yếu tố về đặc điểm môi trường ngủ ảnh hưởng đến CLGN. Vì vậy việc đánh giá mức độ ảnh hưởng của các yếu tố này đều dựa vào chủ quan của đối tượng nghiên cứu.

Dựa vào tổng điểm các thành phần đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI với điểm cắt là 5, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 43,0% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (tổng điểm PSQI >5 điểm). Sinh viên ngành bác sĩ đa khoa có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém thấp hơn sinh viên Dược với tỷ lệ lần lượt là 40,9% và 46,9%. Khi xem xét một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thói quen sinh hoạt (tập luyện thể dục, sử dụng điện thoại di động) và môi trường ngủ (ánh sáng, tiếng ồn, nhiệt độ) đến CLGN của sinh viên ($P < 0,05$) (Bảng 2). Những sinh viên sử dụng điện thoại trước khi đi ngủ nhiều hơn 3 lần/tuần thì có khả năng có CLGN kém cao hơn so với nhóm còn lại ($OR = 3,4$). Ngoài ra việc thức giấc giữa đêm vì điện thoại di động cũng là một yếu tố nguy cơ được tìm thấy ($OR = 2,1$) (Bảng 3). Điều này có thể là do thức giấc giữa đêm đã làm gián đoạn giấc ngủ, cần có

thời gian để ngủ lại, đồng thời giảm thời lượng ngủ và ảnh hưởng đến độ sâu của giấc ngủ. Mặt khác việc thường xuyên sử dụng điện thoại di động vào những giờ cuối ngày, trước khi đi ngủ với thời lượng kéo dài sẽ gây rối loạn giấc ngủ và chu kỳ thức - ngủ do tác động lên melatonin. Ngoài ra làm tăng nguy cơ các vấn đề về sức khỏe tâm thần như trầm cảm, căng thẳng, lo âu và các rối loạn xã hội.

Việc tập luyện thể dục thể thao với cường độ đều đặn trong tuần giúp sinh viên thư giãn, giải tỏa căng thẳng, áp lực trong học tập và sinh hoạt, mang lại lợi ích cho sức khỏe từ đó mang lại CLGN tốt hơn. Nghiên cứu này tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN và hoạt động thể chất của sinh viên ($OR = 2,2$). Tuy nhiên khi xem xét theo số giờ tập mỗi tuần theo khuyến nghị của WHO giữa những người tập dưới 2,5 giờ/tuần và hơn 2,5 giờ thì không thấy sự khác biệt. Ngoài ra, mô hình hồi quy đa biến cũng chỉ ra việc sinh viên thường xuyên thiếu thời gian giải trí, phòng ngủ thường xuyên bị ảnh hưởng bởi ánh sáng và tiếng ồn có thể là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến CLGN của sinh viên (Bảng 3).

Nghiên cứu này sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang nên kết quả chỉ có thể phản ánh thực trạng CLGN của sinh viên tại thời điểm thực hiện điều tra, không thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa CLGN với các yếu tố liên quan. Cần phát triển các nghiên cứu với thiết kế theo dõi dọc hoặc can thiệp để có thể kết luận được mối quan hệ nhân – quả này.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ gồm những sinh viên học năm thứ ba và năm cuối; không tập luyện thể dục; thường xuyên thiếu thời gian giải trí; có thời gian sử dụng điện thoại di động trước khi ngủ nhiều hơn 3 lần/tuần; bị thức giấc giữa đêm và có phòng ngủ thường bị ảnh hưởng bởi ánh

sáng/tiếng ồn thì có khả năng có chất lượng giấc ngủ kém hơn so với các đối tượng còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Cường.** Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở sinh viên trường cao đẳng y dược Hồng Đức thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng. Trường Đại học Thăng Long, 2020.
2. **Nguyễn Thị Hà.** Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của sinh viên y dược trường Đại học Duy Tân năm 2020. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng. Trường Đại học Y dược, Đại học Huế, 2020.
3. **Trần Phan Thanh Hiếu, Cao Nguyễn Hoài Thương, Hồ Nguyễn Anh Tuấn.** Chất lượng giấc ngủ của sinh viên trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 514(5): 272 - 279.
4. **Nguyễn Tấn Phước, Dương Minh Hằng và Mai Phương Thảo.** Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và kết quả học tập của sinh viên y đa khoa năm 6. Tạp chí Y học TP HCM, 2020, 24 (2): 114 - 119.
5. **Elsheikh, A.A., Elsharkawy, S.A. & Ahmed, D.S.** Impact of smartphone use at bedtime on sleep quality and academic activities among medical students at Al - Azhar University at Cairo. J Public Health (Berl.), 2023
6. **Grandner MA, Megan RS, Victoria MP, Sheila NG.** Sleep duration, cardiovascular disease, and proinflammatory biomarkers. Nature and Science of Sleep, 2013, 5: 93-107.
7. **Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S et al.** World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med, 2020, 54(24):1451-1462.
8. **Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al.** The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research, 1989, 28 (2): 193 - 213.

TỶ LỆ HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI SÁN LÁ GAN LỚN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN SỐT RÉT - KÝ SINH TRÙNG - CÔN TRÙNG QUY NHƠN NĂM 2022

**Phan Hoàng Thái Bảo¹, Hồ Văn Hoàng², Trịnh Ngọc Thảo Vy¹,
Hoàng Thị Ánh Tuyết¹, Nguyễn Thị Hằng³**

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn (SLGL) ở bệnh nhân đến

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn

³Sở Công thương tỉnh Đắk Lắk

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hoàng Thái Bảo
SĐT: 0388378893

Email: phtbao@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

khám tại Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang bệnh nhân đến khám tại Phòng khám chuyên khoa của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn có triệu chứng nghi ngờ nhiễm SLGL cho chỉ định cận lâm sàng. **Kết quả:** Tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL là 11,9%; trong đó nữ giới chiếm 13,9%, nam giới chiếm 9,5%; nhóm tuổi 15 - 60 chiếm 14,9%; nhóm tuổi > 60 tuổi (12,2%) và nhóm < 15 tuổi (3,2%). Tỷ lệ nhiễm SLGL cao nhất ở nghề nông 16,9%; buôn bán; cán bộ, viên chức; học sinh, sinh viên; nhóm khác lần lượt chiếm

11,9%; 9,3%; 7,1%; 5,8%. Bệnh nhân có huyết thanh dương tính với SLGL có mức OD thường gặp là $0 \leq OD < 1,2$ (50,0%) và có 72,9% trường hợp tăng bạch cầu ái toan (BCAT) trong máu. **Kết luận:** Sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính ở nhóm tuổi < 15 và nhóm 15 - 60 tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL theo giới tính và nghề nghiệp ($p > 0,05$).

Từ khóa: Sán lá gan lớn; Huyết thanh dương tính; Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn.

SUMMARY

SEROPOSITIVE RATE OF FASCIOLA SPP. IN PATIENTS COMING TO THE INSTITUTE OF MALARIOLOGY, PARASITOLOGY, AND ENTOMOLOGY QUY NHON 2022

Objective: To determine the seroprevalence rate of *Fasciola hepatica* (large liver fluke) among patients visiting the Institute of Malariology, Parasitology, and Entomology in Quy Nhon in 2022. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on patients visiting the specialized clinic at the Institute of Malariology, Parasitology, and Entomology in Quy Nhon, who exhibited symptoms suspected of *Fasciola hepatica* infection and were prescribed laboratory testing. **Results:** The seropositive rate for *Fasciola hepatica* was 11.9%, with 13.9% in females and 9.5% in males. The age group 15-60 years had the highest rate at 14.9%, followed by the group over 60 years (12.2%) and under 15 years (3.2%). The highest seropositive rate was among farmers (16.9%), followed by traders, civil servants, students, and other occupations at 11.9%, 9.3%, 7.1%, and 5.8%, respectively. Among seropositive patients, the most common OD (optical density) range was $0 \leq OD < 1.2$ (50.0%), and 72.9% had elevated eosinophil counts. **Conclusion:** There was a statistically significant difference in the seropositive rate between the <15 age group and the 15-60 age group ($p < 0.05$). No significant

differences were observed in seropositive rates by gender or occupation ($p > 0.05$).

Keywords: *Fasciola* spp.; Seropositive; The Institute of Malariology, Parasitology, and Entomology Quy Nhon.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan lớn do loài *Fasciola hepatica* hoặc *Fasciola gigantica* thuộc họ Fasciolidae gây nên. Loài sán này chủ yếu ký sinh ở động vật ăn cỏ như trâu, bò,... và gây bệnh ở người. Người bị nhiễm SLGL do ăn sống một số loại thực vật thủy sinh có nang ấu trùng của sán bám dính hoặc nước lã có ấu trùng [1].

Bệnh SLGL hiện đang là vấn đề nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khỏe con người, vật nuôi và kinh tế xã hội. Năm 2021, ở Việt Nam, bệnh SLGL ở người đã được phát hiện tại 53/60 tỉnh, thành trong cả nước, những năm gần đây ghi nhận khoảng 10 - 12 nghìn ca bệnh/năm, đặc biệt ở 15 tỉnh khu vực miền Trung - Tây Nguyên và ven biển [2]. Vì vậy, Việt Nam được xem là vùng dịch tễ lưu hành của bệnh (80% trường hợp đều tập trung ở khu vực miền Trung - Tây Nguyên) [3].

Phòng khám chuyên khoa của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn trong những năm qua đã tiếp nhận nhiều bệnh nhân nhiễm SLGL đến khám và điều trị. Mặc dù áp lực bệnh nhân đến Phòng khám chuyên khoa của Viện không còn cao như trước do các tuyến y tế cơ sở đã được tập huấn kỹ thuật chẩn đoán, hướng dẫn phác đồ điều trị và sử dụng rộng rãi thuốc đặc hiệu Triclabendazole nhưng nguy cơ nhiễm SLGL vẫn hiện hữu ở các vùng có bệnh lưu hành và vẫn cần được quan tâm giải quyết. Trên cơ sở khoa học và thực tiễn, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “**Tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn ở bệnh nhân đến khám tại Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn năm 2022**” với các mục tiêu: Xác định tỷ lệ huyết thanh dương

tính với sán lá gan lớn ở bệnh nhân đến khám tại điểm nghiên cứu và mô tả một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng khám chuyên khoa của Viện sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám tại Phòng khám chuyên khoa của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn có triệu chứng nghi ngờ nhiễm SLGL cho chỉ định cận lâm sàng.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng: Bệnh nhân có ít nhất một trong các triệu chứng: Đau vùng gan, hạ sườn phải hay thượng vị, tính chất, mức độ đau khác nhau tùy từng bệnh nhân; đi ngoài phân lỏng, buồn nôn, nôn; gầy sút, mệt mỏi, chán ăn; sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$; sẩn ngứa, nổi mề đay. Bệnh nhân được cho chỉ định xét nghiệm máu tìm SLGL. Bệnh nhân cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tâm thần, thiếu năng trí tuệ, mất khả năng nhận thức hành vi trong quá trình thăm khám; bệnh nhân câm, điếc. Bệnh nhân đã dùng thuốc điều trị Triclabendazole trước đó 4 tuần làm thay đổi dấu hiệu lâm sàng, tổn thương trên hình ảnh siêu âm cũng như xét nghiệm. Bệnh nhân tái khám.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.
- Cỡ mẫu: được tính theo công thức:

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

Với:

Z: Trị số từ phân phối chuẩn.

$\alpha = 0,05$: xác suất sai lầm loại I, ta được $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p: Ước đoán tỷ lệ huyết thanh dương tính ở bệnh nhân được xác định nhiễm SLGL, chọn $p = 0,50$.

d: Độ chính xác tuyệt đối $5\% = 0,05$.

Thay vào biểu thức ta được: $n = 385$. Để đảm bảo đủ cỡ mẫu và sai sót trong quá trình lấy và thu thập mẫu, mẫu không đảm bảo yêu cầu, cộng thêm 5%, khi đó cỡ mẫu cần đánh giá trong nghiên cứu này là 405.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh đưa vào nghiên cứu.

- Thu thập số liệu:

+ Dựa vào các biến số để thu thập các chỉ số về: Nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, bạch cầu ái toan (BCAT), nhiễm SLGL xác định qua xét nghiệm kháng thể bằng kỹ thuật ELISA.

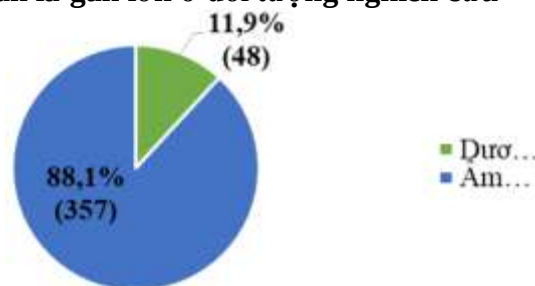
+ Xét nghiệm huyết học: Xác định tỷ lệ BCAT: Bình thường ($\text{BCAT} < 8\%$).

- Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phương pháp thống kê y học và phần mềm STATA 14.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự đồng ý của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn và đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật thông tin và tôn trọng sự tự nguyện tham gia của đối tượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn ở đối tượng nghiên cứu



Hình 3.1. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL

Có 48/405 mẫu huyết thanh dương tính với SLGL, chiếm tỷ lệ 11,9%.

3.2. Tỷ lệ huyết thanh dương tính sán lá gan lớn theo giới tính

Bảng 3.1. Tỷ lệ huyết thanh dương tính SLGL theo giới tính

Giới tính	Số XN	Số BN (+)	Tỷ lệ (%)	PR / KTC 95%	p
Nữ	216	30	13,9	1,46 (0,84 - 2,53)	0,18
Nam	189	18	9,5		
Tổng	405	48	11,9		

Không có mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL ($p > 0,05$).

3.3. Tỷ lệ huyết thanh dương tính sán lá gan lớn theo nhóm tuổi

Bảng 3.2. Tỷ lệ huyết thanh dương tính SLGL theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số XN	Số BN (+)	Tỷ lệ (%)	PR	KTC 95%	p
< 15 tuổi	94	3	3,2	1	Tham chiếu	
15 - 60 tuổi	262	39	14,9	4,67	1,44 - 15,09	0,01
> 60 tuổi	49	6	12,2	3,84	0,96 - 15,34	0,06
Tổng	405	48	11,9			

Nếu lấy tỷ lệ huyết thanh dương tính nhóm tuổi < 15 làm tham chiếu thì tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL ở nhóm 15 - 60 tuổi và > 60 tuổi lần lượt cao gấp 4,67 và 3,84 lần. Sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính ở nhóm tuổi < 15 và nhóm 15 - 60 tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Tỷ lệ huyết thanh dương tính sán lá gan lớn theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Tỷ lệ huyết thanh dương tính SLGL theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số XN	Số BN (+)	Tỷ lệ (%)	p
Làm nông	166	28	16,9	0,13
Học sinh, sinh viên	70	5	7,1	
Cán bộ, viên chức	75	7	9,3	
Buôn bán	42	5	11,9	
Khác	52	3	5,8	
Tổng	405	48	11,9	

Không có mối liên quan giữa nghề nghiệp và tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL ($p > 0,05$).

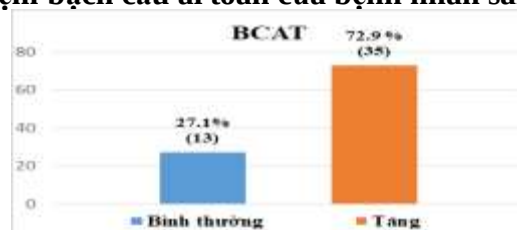
3.5. Mức huyết thanh dương tính theo mật độ quang

Bảng 3.4. Mức huyết thanh dương tính theo mật độ quang (OD)

Mức OD/ngưỡng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
$1,0 \leq OD < 1,2$	24	50,0
$1,2 \leq OD < 1,5$	17	35,4
$OD \geq 1,5$	7	14,6
Tổng	48	100

Đa số các đối tượng có huyết thanh dương tính với SLGL trong mẫu nghiên cứu có mức OD/ngưỡng là $1,0 \leq OD < 1,2$ (50,0%); tiếp đó là $1,2 \leq OD < 1,5$ (35,4%) và $OD \geq 1,5$ với 14,6%.

3.6. Kết quả xét nghiệm bạch cầu ái toan của bệnh nhân sán lá gan lớn



Hình 3.2. Kết quả xét nghiệm bạch cầu ái toan của bệnh nhân SLGL

Có 35/48 bệnh nhân có huyết thanh dương tính với SLGL tăng BCAT (72,9%) và 13 bệnh nhân chưa nhận thấy tăng BCAT trong máu (27,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn ở bệnh nhân đến khám tại Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn

Tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL tại địa điểm nghiên cứu là 11,9%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lại Thị Tuyết Phương (2019) tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai (8,7%) và Marcel Gonçalves Maciel và CS (2018) tại thành phố Cautama, Brazil (8,3%) [4], [5].

Sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác có lẽ do sự khác nhau về yếu tố thời gian, địa điểm nghiên cứu, người dân tại mỗi vùng miền có những thói quen, tập quán sinh hoạt khác nhau; điều kiện kinh tế, xã hội cũng khác nhau,... Đối tượng nghiên cứu chúng tôi lựa chọn là bệnh nhân đến khám tại phòng khám chuyên khoa của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, phần lớn đã xuất hiện triệu chứng trên lâm sàng, khác biệt so với những nghiên cứu được tiến hành ở cộng đồng dân cư của một số tác giả khác. Ngoài ra, sự khác biệt này cũng có thể do việc sử dụng các bộ kit xét nghiệm khác nhau trong chẩn đoán.

4.2 Tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn theo giới tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL ($p > 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lại Thị Tuyết Phương (2019); Triệu Thị Phương Mai (2014); đều cho rằng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL [3], [4]. Theo nghiên cứu của Negar

Bahram và CS tại thành phố Gorgan, tỉnh Golestan, Bắc Iran (2020), tỷ lệ nữ giới hiện mắc SLGL (1,9%) cao hơn nam giới (1,16%) hay nghiên cứu của Zoghi Sina và CS (2019) tại Tây Nam Iran cho thấy trong số 24 trường hợp huyết thanh dương tính với SLGL, có 3 trường hợp là nam (12,5%) và 21 trường hợp là nữ (87,5%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [6], [7].

Xét mối liên quan giữa tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL theo giới tính, cần có những nghiên cứu sâu hơn vì rất khó giải thích rõ ràng về sự khác biệt giữa hai giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới có tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL cao hơn nam giới có lẽ do đặc điểm phân công lao động trong xã hội Việt Nam, người phụ nữ có nhiều yếu tố nguy cơ hơn (nội trợ, giặt giũ tiếp xúc nguồn nước nhiễm nang ấu trùng SLGL,...). Ngoài ra, trong đời sống, thông thường người phụ nữ sẽ quan tâm nhiều hơn đến vấn đề chăm sóc sức khỏe, khi bệnh có triệu chứng khởi phát thường sẽ thăm khám ngay, vì thế cơ hội phát hiện bệnh cao hơn; hay phụ nữ thường sử dụng rau sống trong các bữa ăn hằng ngày với mục đích chăm sóc da và vóc dáng nên nguy cơ mắc bệnh cũng cao hơn so với nam giới.

4.3. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn theo nhóm tuổi

Tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL ở nhóm tuổi từ 15 - 60 tuổi (14,9%) cao hơn nhóm tuổi > 60 tuổi (12,2%) và < 15 tuổi (3,2%). Sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính ở nhóm tuổi < 15 và nhóm 15 - 60 tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, nhóm tuổi từ 15 trở lên có nguy cơ nhiễm SLGL cao hơn so với nhóm dưới 15 tuổi.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lại Thị Tuyết Phương (2019) cho kết quả bệnh nhân < 15 tuổi có tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL thấp hơn so với bệnh nhân ≥ 15 tuổi [4]; hay nghiên cứu của Trần Thanh Long (2019) tại Viện Sốt rét - Ký sinh

trùng - Côn trùng thành phố Hồ Chí Minh, nhóm bệnh nhân nhiễm SLGL chủ yếu ở nhóm độ tuổi lao động 20 - 39 tuổi (50,8%) và 40 - 59 tuổi (25,8%). Các nhóm tuổi < 20 và ≥ 60 tuổi trở lên nhiễm với tỷ lệ thấp hơn, lần lượt 4,2% và 6,5% [8]. Hay theo tác giả Zoghi Sina và CS (2019) tại Tây Nam Iran, bệnh nhân có huyết thanh dương tính với SLGL chủ yếu ở nhóm tuổi 21 - 30 (3,1%) và nhóm tuổi 31 - 40 (3,7%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [7].

Bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên cũng là đối tượng trong độ tuổi lao động, thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ so với lứa tuổi dưới 15 (tiếp xúc gia súc, nguồn nước sinh hoạt,...). Chính vì vậy, bệnh SLGL không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng mà còn tác động đến lực lượng lao động liên quan tới sự phát triển kinh tế xã hội. Ngoài ra, sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL cũng có thể được giải thích dựa trên thực tế chế độ ăn uống cũng như thói quen thích ăn các nhóm thực phẩm của trẻ nhỏ và người lớn. Nhóm tuổi trong độ tuổi lao động thường ăn uống với đa nhóm thực phẩm khác nhau, trong đó có các loại rau thủy sinh là nguồn lây nhiễm SLGL cho cả người và động vật.

4.4. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với sán lá gan lớn theo nghề nghiệp

Tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL cao nhất ở nhóm làm nông với 16,9%; thấp nhất ở nhóm nghề khác với 5,8%; nhóm buôn bán là 11,9%; cán bộ, viên chức là 9,3%; và học sinh, sinh viên là 7,1% ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của Trần Thanh Long (2019) cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân SLGL có nghề nghiệp liên quan đến làm nông, rẫy hoặc liên quan chăn nuôi (52,81%), tiếp đến là nhóm bệnh nhân là cán bộ, viên chức (16,9%); buôn bán, kinh doanh (12,67%); nhóm học sinh, sinh viên (10,56%) và các ngành nghề khác chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,06%) [8]. Theo Lại Thị Tuyết Phương (2019), tỷ lệ bệnh nhân SLGL cao nhất ở

nghề nông chiếm 9,4%; nhóm khác; buôn bán; cán bộ, viên chức chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 6,8%; 4,5%; 3,8%; nhóm học sinh không xuất hiện ca mắc nào [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên đều cho thấy rằng bệnh nhân làm nông có tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL cao hơn so với các nhóm ngành khác. Điều này có thể lý giải vì phần lớn dân số Việt Nam tập trung ở khu vực nông thôn, thường xuyên tiếp xúc hoặc phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ của bệnh SLGL như nguồn nước chưa qua xử lý, nguồn bệnh từ trâu, bò, cừu là những vật chủ chính của bệnh SLGL, hạn chế về điều kiện vệ sinh nhà ở, tiêu thụ lượng rau thủy sinh cao,... Do vậy, nhóm làm nông dễ nhiễm bệnh hơn so với các đối tượng khác.

4.5. Mức huyết thanh dương tính theo mật độ quang

Trong 48 bệnh nhân được xác định có huyết thanh dương tính với SLGL, mức OD thường gặp nhất là $1,0 \leq OD < 1,2$ (50,0%); mức $1,2 \leq OD < 1,5$ (35,4%); thấp nhất là mức $OD \geq 1,5$ (14,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Triệu Thị Phương Mai (2014) trên 105 bệnh nhân có phản ứng ELISA dương tính với SLGL, mức OD thường gặp nhất là mức 1 - 1,2 (84,76%); mức $> 1,2 - 1,5$ (12,38%) và $> 1,5$ (2,86%) [3].

Sự khác biệt về mức OD là do thời điểm xuất hiện kháng thể. Mức OD thấp có thể do khi nhiễm sán, cơ thể xuất hiện kháng thể ở giai đoạn sớm, ngay cả khi sán chưa xâm nhập hay gây tổn thương gan, các triệu chứng của bệnh nhân không điển hình. Ngoài ra, các kỹ thuật xét nghiệm hiện đại hiện nay với độ nhạy cao có thể phát hiện kết quả rất sớm, vì vậy mức OD thấp thường chiếm tỷ lệ cao hơn.

4.6. Kết quả xét nghiệm bạch cầu ái toan của bệnh nhân sán lá gan lớn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 35/48 bệnh nhân có huyết thanh dương tính với SLGL tăng BCAT, chiếm tỷ lệ

72,9%; 13 bệnh nhân (27,1%) chưa nhận thấy tăng BCAT. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lại Thị Tuyết Phương (2019) với 70% trường hợp tăng BCAT [4].

BCAT tham gia vào quá trình đáp ứng miễn dịch nên chúng sẽ thay đổi tùy thuộc vào từng giai đoạn và quá trình đáp ứng miễn dịch khác nhau trong bệnh SLGL. Đồng thời, Việt Nam là một trong những quốc gia nhiệt đới có lưu hành và quần thể dân cư có tỷ lệ nhiễm một số loài giun tròn, nhất là giun truyền qua đất khá phổ biến, nên tỷ số này còn có thể thay đổi khi có đồng nhiễm với các loài giun sán khác.

Tuy nhiên, theo một số tác giả nước ngoài, trong giai đoạn mạn tính, tỷ lệ tăng BCAT không cao. Nghiên cứu của Marcos L. A. và CS (2005) tại Peru cho rằng có thể không thấy tăng BCAT trong một nửa các trường hợp bệnh SLGL giai đoạn mạn tính [9]. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này có thể do điều kiện khí hậu, thổ nhưỡng cùng với những yếu tố kinh tế, văn hóa và xã hội tại Việt Nam đã góp phần làm cho các bệnh lý gây ra bởi KST tồn tại dai dẳng ở người, chính điều này đã dẫn đến sự gia tăng đáng kể các trường hợp tăng tỷ lệ BCAT. Do đó, tăng BCAT không phải là dấu hiệu đặc trưng ở các ca bệnh mà chỉ mang tính chất gợi ý, giúp tránh bỏ sót chẩn đoán các ca bệnh SLGL ở những người có tăng BCAT, cần có thêm các thử nghiệm đối với các bệnh KST khác để xác định nguyên nhân thực sự gây nên tăng BCAT do bệnh KST.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL là 11,9%; trong đó nữ giới chiếm 13,9%, nam giới chiếm 9,5%; nhóm tuổi 15 - 60 chiếm 14,9%; nhóm tuổi > 60 tuổi (12,2%) và nhóm < 15 tuổi (3,2%). Tỷ lệ nhiễm SLGL cao nhất ở nghề nông 16,9%. Bệnh nhân có huyết thanh dương tính với SLGL có mức OD

thường gặp là $0 \leq OD < 1,2$ (50,0%) và có 72,9% trường hợp tăng BCAT trong máu.

Sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính ở nhóm tuổi < 15 và nhóm 15 - 60 tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ huyết thanh dương tính với SLGL theo giới tính và nghề nghiệp ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đề, Phạm Văn Thân, Phạm Ngọc Minh và CS** (2020), Ký sinh trùng Y học (Giáo trình đào tạo bác sĩ đa khoa), Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định 5003/QĐ-BYT ngày 29/10/2021 của Bộ Y tế về Ban hành kế hoạch phân vùng dịch tễ bệnh Ký sinh trùng thường gặp tại Việt Nam giai đoạn 2021 - 2025.
3. **Triệu Thị Phương Mai** (2014), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sán lá gan lớn và hiệu quả điều trị bằng thuốc Triclabendazole (Lesaxys) tại Phòng khám Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, năm 2014, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Tây Nguyên.
4. **Lại Thị Tuyết Phương** (2019), Tỷ lệ huyết thanh dương tính và một số yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm sán lá gan lớn ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2019, Luận văn Thạc sĩ Khoa học Y sinh, trường Đại học Tây Nguyên.
5. **Marcel Gonçalves Maciel, Luiz Henrique Gonçalves Maciel, Rosa Amélia Gonçalves Santana et al** (2018), "Cross-Sectional serological survey of human fascioliasis in Canutama municipality in Western Amazon, Brazil", Journal of Parasitology Research, Published online 2018, Feb 8, pp. 1 - 8.
6. **Negar Bahram, Mitra Sharbatkhori et al** (2020), "Serological study of fascioliasis using indirect ELISA in Gorgan city, Golestan province, Northern Iran", Iran J Parasitol, 15(3), pp. 418 - 424.

7. **Zoghi S., Emami M., Shahriarirad S. et al** (2019), "Human fascioliasis in nomads: A population-based serosurvey in southwest Iran", *Infez Med*, 27(1), pp. 68 - 72.
8. **Trần Thanh Long** (2019), Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân mắc bệnh sán lá gan lớn (*Fasciola spp.*) đến khám tại Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Tây Nguyên.
9. **Marcos L. A. et al** (2005), "Fascioliasis in relatives of patients with *Fasciola hepatica* infection in Peru", *Journal of Egyptian Society of Parasitology*, 32(1), pp. 317 - 354.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VỀ LÂY NHIỄM HIV QUA QUAN HỆ TÌNH DỤC Ở SINH VIÊN NAM TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Mai Thị Hiền¹, Võ Thị Thanh Nguyệt¹, Phạm Ngọc Hà¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục (QHTD) của sinh viên nam tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM). **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, được thực hiện từ tháng 03/2023 đến tháng 07/2023 trên 283 sinh viên nam thuộc 36 trường Đại học, Cao đẳng trên địa bàn TPHCM Sử dụng bộ câu hỏi tham khảo từ bộ câu hỏi IBBS của Bộ Y Tế. **Kết quả:** Các sinh viên thuộc khối ngành sức khỏe có kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD tốt hơn các sinh viên thuộc các khối ngành khác (OR = 1,120; CI 95%; p<0,05). Các yếu tố tự nhận mình thuộc giới tính nào, thích QHTD với ai, có sử dụng rượu, ma túy (chất gây nghiện) không có mối liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD (p>0,05). Các sinh viên có kiến thức chung về lây nhiễm HIV đạt sẽ có kiến thức về lây nhiễm

HIV qua QHTD tốt hơn các sinh viên có kiến thức chung về lây nhiễm HIV không đạt (OR = 1,150; CI 95%; p<0,05). **Kết luận:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p<0,05) giữa khối ngành học và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD, kiến thức chung về lây nhiễm HIV và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD. Cần có giải pháp tác động vào kiến thức của sinh viên từ đó góp phần tác động vào thái độ và hành vi của sinh viên nam nhằm nâng cao kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD và giảm thiểu số ca mắc HIV trên sinh viên nam tại TPHCM nói riêng và Việt Nam nói chung.

Từ khóa: HIV, quan hệ tình dục, sinh viên nam.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE ABOUT HIV INFECTION SEXUAL RELATIONSHIP IN MALE STUDENTS IN HO CHI MINH CITY

Objective: To identify the factors associated with knowledge of HIV transmission through sexual intercourse (STI) among male students in Ho Chi Minh City (HCMC). **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from March 2023 to July 2023 on 283 male

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Hiền

SĐT: 0983504938

Email: mhien98@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

students from 36 universities and colleges in HCMC. The study utilized a questionnaire based on the IBBS survey from the Ministry of Health. **Results:** Health science students demonstrated better knowledge of HIV transmission through STI compared to students from other fields (OR = 1.120; 95% CI; $p < 0.05$). Self-identification of gender, sexual preferences, alcohol use, and drug (substance abuse) did not show any significant relationship with knowledge of HIV transmission through STI ($p > 0.05$). Students with overall knowledge of HIV transmission scored better in understanding HIV transmission through STI compared to those with insufficient general knowledge (OR = 1.150; 95% CI; $p < 0.05$). **Conclusion:** There is a statistically significant association ($p < 0.05$) between the field of study and knowledge of HIV transmission through STI, as well as between general knowledge of HIV transmission and knowledge of HIV transmission through STI. Interventions to enhance student knowledge are necessary to influence attitudes and behaviors, ultimately improving knowledge of HIV transmission through STI and reducing the number of HIV cases among male students in HCMC and Vietnam at large.

Keywords: HIV, sexual intercourse, male students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tính đến năm 2021 thế giới hiện có 38,4 triệu người nhiễm HIV, trong đó có 650.000 ca tử vong và 1,5 triệu ca nhiễm mới HIV đã được ghi nhận¹ Tại Việt Nam theo Cục Phòng – Chống HIV/AIDS, tỷ lệ lây nhiễm HIV qua đường QHTD tăng từ 68,2% năm 2019 lên 77,7% năm 2020, trong đó, tỷ lệ nhóm dân số trẻ (16 – 29 tuổi) trong số những ca nhiễm HIV được phát hiện tăng từ 37,9% năm 2019 lên 45,5% năm 2020². Theo xu

hướng phát triển của xã hội hiện nay, sự du nhập của các nền văn hóa phương Tây với quan niệm cởi mở hơn về các vấn đề giới tính và tình dục, theo đó, xu hướng QHTD ở giới trẻ nói chung và ở sinh viên nói riêng cũng đang diễn ra tương đối phổ biến. Trong tình hình hiện tại, Việt Nam có tới 1,7 triệu sinh viên trên cả nước, trong đó có gần 800000 sinh viên nam³. Trong khi đó, nghiên cứu trên đối tượng là sinh viên tại Trung Quốc, chỉ tính riêng năm 2017 có 3077 sinh viên nhiễm HIV mới và hơn 80% trong số đó là sinh viên nam⁴. Nghiên cứu này được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD của sinh viên nam tại TPHCM. Từ đó có thể đưa ra giải pháp tác động vào kiến thức của sinh viên từ đó góp phần tác động vào thái độ và hành vi của sinh viên nam nhằm nâng cao kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD và giảm thiểu số ca mắc HIV trên sinh viên nam tại TPHCM nói riêng và Việt Nam nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Là sinh viên nam, đang học tập tại các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Độ tuổi từ đủ 18 tuổi trở lên. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên nước ngoài. Sinh viên trả lời các câu hỏi trùng lặp, không trả lời hết bộ câu hỏi, trả lời không đúng mục đích yêu cầu của bộ câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: Nghiên cứu được thực hiện trên 283 sinh viên nam thuộc 36 trường Đại học, Cao đẳng trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 04/2023 – 07/2023

Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu

Phương pháp chọn mẫu: Bóng tuyết. Bộ câu hỏi khảo sát sẽ được gửi đến các sinh viên nam đang học tập trung tại các trường Đại học, Cao đẳng trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh và nhờ các bạn chia sẻ cho bạn mình là sinh viên nam cùng tham gia nghiên cứu.

Sử dụng bộ câu hỏi tham khảo từ bộ câu hỏi IBBS của Bộ Y Tế.

Phần 1: Đặc điểm cá nhân (gồm 14 câu hỏi)

Bao gồm các câu hỏi về cá nhân như: Giới tính, ngày tháng năm sinh của ĐTNC; tình trạng hôn nhân; năm học hiện tại của ĐTNC; trường đại học, cao đẳng mà ĐTNC đang học tập; ĐTNC tự nhận mình thuộc nhóm nào trong các nhóm: gay (đồng tính nam), Bisexua (lưỡng tính), đàn ông,...; Tôn giáo, tín ngưỡng của ĐTNC; hiện ĐTNC đang sống với ai; ĐTNC thích QHTD với ai, chỉ thích QHTD với bạn tình nữ, chỉ thích QHTD với bạn tình nam, thích QHTD với cả bạn tình nam và bạn tình nữ. Đã từng thực hiện cắt bao quy đầu và sử dụng PrEP chưa, có sẵn sàng thực hiện cắt bao quy đầu và thực hiện PrEP nếu việc này có thể ngăn ngừa được HIV/AIDS. Hành vi sử dụng rượu, bia, chất kích thích, ma túy của ĐTNC. Câu hỏi về việc ĐTNC tìm hiểu các tài liệu liên quan đến lây nhiễm HIV ở đâu.

Phần 2: Kiến thức về lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục gồm 9 câu hỏi, nhằm đánh giá kiến thức chung của ĐTNC về lây nhiễm HIV/AIDS và kiến thức về lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục. Bao gồm các câu hỏi về phòng chống lây nhiễm HIV với các đáp án “Đúng” – “Sai” – “Tôi không chắc”; Câu hỏi về việc sử dụng BCS có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và việc QHTD với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ lây nhiễm HIV qua QHTD; Câu hỏi về nguy cơ lây nhiễm

HIV qua các đường quan hệ tình dục với các đáp án “Miệng” – “Hậu môn” – “Âm đạo”.

Cách đánh giá kiến thức chung về lây nhiễm HIV của sinh viên nam (5 câu hỏi)

Đánh giá kiến thức chung về lây nhiễm HIV bằng cách tính điểm dựa trên khung theo dõi, đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia năm 2011⁴⁵

Câu hỏi có 1 lựa chọn thì chọn câu trả lời đúng được 1 điểm

Câu hỏi có nhiều lựa chọn thì mỗi ý đúng cho 1 điểm. Không biết, trả lời sai thì cho 0 điểm

Thang điểm với tổng số điểm tối đa của bộ câu hỏi là 5 điểm

Tổng điểm ≤ 4 : kiến thức chưa đạt

Tổng điểm = 5: kiến thức đạt

Cách đánh giá kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD của sinh viên (bao gồm 4 câu hỏi)

Đánh giá kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD sẽ được phân tích riêng ở mỗi câu trả lời của đối tượng nghiên cứu

Một nghiên cứu thực nghiệm được thực hiện trên 30 sinh viên tình nguyện tham gia nghiên cứu có đặc điểm tương tự đối tượng nghiên cứu để kiểm tra độ tin cậy của bộ câu hỏi trước khi tiến hành khảo sát trên toàn bộ cỡ mẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hệ số Cronbach's alpha là 0,88 ($\alpha > 0,7$) cho thấy bộ câu hỏi có độ tin cậy tốt

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM mã số 471/HĐĐĐ - ĐHYD ký ngày 17/04/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố cá nhân liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Bảng 1: Mối liên quan giữa tự nhận mình thuộc nhóm giới tính nào và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD	Tự nhận mình là đàn ông	Tự nhận mình là gay và bisexual	OR [CI 95%]	P
Bạn có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ đúng không?	207 (97,2%)	69 (98,6%)	1,014 [0,98 – 1,05]	p>0,05
Việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây nhiễm của HIV không?	173 (81,2%)	60 (85,7%)	1,055 [0,94 – 1,18]	p>0,05
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV đúng không?	187 (87,8%)	64 (91,4%)	1,041 [0,95 – 1,14]	p>0,05

Biến tự nhận mình thuộc nhóm giới tính nào không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) với các kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD như là có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ; việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây nhiễm của HIV; chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV. Không có sự khác biệt ở kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD giữa nhóm tự nhận mình là đàn ông và nhóm tự nhận mình là gay và bisexual.

Bảng 7: Mối liên quan giữa thích QHTD với ai và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD	Thích QHTD với bạn tình nữ	Thích QHTD với bạn tình nam và cả nam lẫn nữ	OR [CI 95%]	P
Bạn có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ đúng không?	196 (97,0%)	80 (98,8%)	1,018 [0,94 – 1,05]	p>0,05
Việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây lan của HIV không?	164 (81,2%)	69 (85,2%)	1,049 [0,94 – 1,17]	p>0,05
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV đúng không?	178 (88,1%)	73 (90,1%)	1,023 [0,94 – 1,17]	p>0,05

Biến thích QHTD với ai không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) với kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD như là có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ; việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây nhiễm của HIV; chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV. Không có sự khác biệt ở kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD giữa nhóm thích QHTD với bạn tình nữ và thích QHTD với bạn tình nam và cả nam lẫn nữ.

Bảng 8: Mối liên quan giữa học khối ngành nào và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD	Khối ngành sức khỏe	Các khối ngành khác	OR [CI 95%]	P
Bạn có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ đúng không?	84 (98,8%)	192 (97%)	0,981 [0,95 – 1,02]	p>0,05
Việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây lan của HIV không?	74 (87,1%)	159 (80%)	0,922 [0,83 – 1,03]	p>0,05
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV đúng không?	81 (95,3%)	170 (85%)	1,120 [0,85 – 1,24]	p<0,05

Mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) giữa sinh viên học khối ngành sức khỏe và sinh viên thuộc các khối ngành khác trong câu chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể làm giảm

được nguy cơ mắc HIV, các sinh viên học khối ngành sức khỏe trả lời đúng gấp 1,12 lần so với các sinh viên thuộc các khối ngành khác. Đối với câu có thể nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV và việc sử dụng BCS đúng cách có thể làm giảm được sự lây lan của HIV đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) đối với biến sinh viên học khối ngành nào.

Bảng 9: Mối liên quan giữa có sử dụng rượu, bia và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD	Không sử dụng rượu, bia	Có sử dụng rượu, bia	OR [CI 95%]	P
Bạn có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ đúng không?	77 (96,3%)	199 (98%)	1,018 [0,97 – 1,07]	$p>0,05$
Việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây lan của HIV không?	67 (83,8%)	166 (82%)	0,976 [0,87 – 1,10]	$p>0,05$
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV đúng không?	71 (88,8%)	180 (89%)	0,999 [0,91 – 1,10]	$p>0,05$

Biến có sử dụng rượu, bia (chất cồn) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) với kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD như là có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ; việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây nhiễm của HIV; chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV. Không có sự khác biệt ở kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD giữa nhóm có sử dụng rượu, bia (chất cồn) với nhóm không có sử dụng rượu, bia (chất cồn).

Bảng 10: Mối liên quan giữa có sử dụng ma túy (hoặc chất tương đương ma túy) và kiến thức về lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục

Kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD	Không sử dụng ma túy (hoặc chất tương đương ma túy)	Có sử dụng ma túy (hoặc chất tương đương ma túy)	OR [CI 95%]	P
Bạn có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ đúng không?	262 (97,8%)	14 (93,3%)	0.955 [0,833 – 1,09]	$p>0,05$
Việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây lan của HIV không?	220 (82,1%)	13 (86,7%)	1,056 [0,86 – 1,29]	$p>0,05$
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV đúng không?	237 (88,4%)	14 (93,3%)	1,055 [0,92 – 1,22]	$p>0,05$

Biến có sử dụng ma túy (hoặc chất tương đương ma túy) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) với kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD như là có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ; việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây nhiễm của HIV; chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV. Không có sự khác biệt ở kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD giữa nhóm có sử dụng ma túy (hoặc chất tương đương ma túy) và nhóm không có sử dụng ma túy (hoặc chất tương đương ma túy).

Mối liên quan giữa kiến thức chung về lây nhiễm HIV và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Bảng 11: Mối liên quan giữa kiến thức chung về lây nhiễm HIV và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Kiến thức đúng về lây nhiễm HIV qua QHTD	Kiến thức đạt	Kiến thức không đạt	OR [CI 95%]	P
Bạn có thể bị nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV mà không có biện pháp bảo vệ đúng không?	190 (98,4%)	86 (95,6%)	0,971 [0,93 – 1,02]	p>0,05
Việc sử dụng bao cao su đúng cách có thể làm giảm sự lây lan của HIV không?	164 (85,0%)	69 (76,7%)	0,902 [0,79 – 1,03]	p>0,05
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình có thể giảm được nguy cơ mắc HIV đúng không?	179 (92,7%)	72 (80,0%)	1,150 [0,88 – 1,29]	p<0,05

Mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) giữa sinh viên có kiến thức đạt và sinh viên có kiến thức không đạt trong câu chỉ QHTD với một bạn tình có thể làm giảm được nguy cơ mắc HIV, các sinh viên có kiến thức đạt trả lời đúng gấp 1,15 lần so với sinh viên có kiến thức không đạt. Đối với câu nhiễm HIV khi QHTD với người mắc HIV và việc sử dụng BCS đúng cách có thể làm giảm được sự lây lan của HIV đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố cá nhân liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Nghiên cứu của chúng tôi xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$. Với 3 câu hỏi kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD mà chúng tôi khảo sát, nhóm sinh viên thuộc các khối ngành sức khỏe có kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD tốt hơn so với các sinh viên thuộc các khối ngành khác trong cả ba câu hỏi về kiến thức lây nhiễm HIV qua QHTD. Đặc biệt, trong câu hỏi chỉ QHTD với một bạn tình có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV qua QHTD cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỷ lệ nhóm sinh viên thuộc các khối ngành sức khỏe trả lời đúng là 95,3% cao hơn so với 85% của sinh viên thuộc các khối ngành khác (OR = 1,120; CI 95%; $p<0,05$). Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trước đó tại Trung Quốc (CI 95%; $p<0,05$)⁵. Kết quả này là hoàn toàn hợp lý vì sinh viên

thuộc khối ngành sức khỏe đã được cung cấp một lượng kiến thức đáng kể về bệnh học và các bệnh lây truyền qua đường tình dục nói chung và về HIV/AIDS nói riêng từ năm thứ nhất đại học nên đa số các sinh viên đều có một lượng kiến thức và hiểu biết nhất định.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các biến tự nhận mình thuộc giới tính nào, thích QHTD với ai kết quả cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đối với kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD ($p>0,05$). Điều này trái ngược với nghiên cứu trước đó tại Trung Quốc năm 2019 cho thấy các sinh viên nam có quan hệ tình dục đồng giới nam thì có kiến thức thấp hơn rõ rệt so với nhóm sinh viên nam không có quan hệ tình dục đồng giới (tương ứng là 42,86% so với 69,57%; OR = 0,33; CI 95%; $p<0,05$). Điều này là hoàn toàn hợp lý vì với thời đại phát triển như hiện nay, việc tiếp cận với các kiến thức về phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS và sức khỏe tình dục và giới tính là khá dễ dàng và cởi mở ở mọi giới tính, mọi lứa tuổi đồng thời việc thường xuyên tổ chức các buổi đối thoại về các biện pháp phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS và QHTD an toàn cũng đang được các nhà trường quan tâm và đẩy mạnh ở mọi nơi, mọi cấp học⁶. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các biến có sử dụng rượu, bia (chất cồn) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đối với kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD. Điều này tương đồng với nghiên cứu tại Quảng Tây, Trung Quốc⁵ và đã được chứng minh trong nghiên cứu “Mức độ nghiện rượu, bia ở

nam sinh viên và người trưởng thành trẻ tuổi tại TPHCM hiện nay” kết quả cho thấy thông qua một số tình huống giả định, có thể thấy rằng cách xử lý của nam sinh viên và người trưởng thành trẻ tuổi trong các tình huống khảo sát có sự phân tán, tuy vậy, đa số các phương án có tỉ lệ lựa chọn cao vẫn “ưu ái” dành cho những đáp án có tính tích cực nhiều hơn tiêu cực

Mối liên quan giữa kiến thức chung về lây nhiễm HIV và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhóm các sinh viên có kiến thức chung về lây nhiễm HIV đạt trả lời đúng các kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD cao hơn nhóm các sinh viên có kiến thức chung về lây nhiễm HIV không đạt trong cả ba câu hỏi về kiến thức lây nhiễm HIV qua QHTD. Đặc biệt, trong câu chỉ QHTD với một bạn tình có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV qua QHTD với 92,7% sinh viên có kiến thức chung đạt trả lời đúng, trong khi đó chỉ có 80% sinh viên có kiến thức chung không đạt trả lời đúng (OR = 1,150; CI 95%; $p < 0,05$) cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quế Lâm tại Nha Trang⁸ Các nghiên cứu trước đã chứng minh kiến thức tốt tỏ ra thái độ tích cực hơn gấp 3 lần so với nhóm kiến thức không tốt và gấp 10 lần đối với hành vi, cho thấy kiến thức là một trong những yếu tố lớn ảnh hưởng đến thái độ và hành vi⁸. Qua đó, cho thấy tính cấp thiết của việc cung cấp kiến thức chung về lây nhiễm HIV và kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD trên sinh viên nói riêng và trên người trưởng thành trẻ tuổi nói chung, nhằm nâng cao thái độ và hành vi trong phòng chống lây nhiễm HIV ở người trẻ tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD của sinh viên nam:

Các sinh viên thuộc khối ngành sức khỏe có kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD tốt hơn các sinh viên thuộc các khối ngành khác (OR = 1,120; CI 95%; $p < 0,05$). Các yếu tố tự nhận mình thuộc giới tính nào, thích QHTD với ai, có sử dụng rượu, ma túy (chất gây nghiện) không có mối liên quan đến kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD ($p > 0,05$). Các sinh viên có kiến thức chung về lây nhiễm HIV đạt sẽ có kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD tốt hơn các sinh viên có kiến thức chung về lây nhiễm HIV không đạt (OR = 1,150; CI 95%; $p < 0,05$). Cần có giải pháp tác động vào kiến thức của sinh viên từ đó góp phần tác động vào thái độ và hành vi của sinh viên nam nhằm nâng cao kiến thức về lây nhiễm HIV qua QHTD và giảm thiểu số ca mắc HIV trên sinh viên nam tại TPHCM nói riêng và Việt Nam nói chung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2022), HIV, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. **Cục Phòng - Chống HIV/AIDS** (2021), Báo cáo: kết quả phòng, chống HIV/AIDS năm 2020, Bộ Y tế.
3. **Bộ Giáo dục và Đào tạo** (2021), Số liệu thống kê giáo dục đại học năm học 2019 - 2020.
4. **CDC China** (2018), Biên bản báo cáo thường kỳ của Ủy ban Y tế Quốc gia 23/22/2018, National Center for AIDS/STD Control and Prevention, China CDC.
5. **J. Lai, P. Pan, Y. Lin và cộng sự.** (2020), "A Survey on HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes, Risk Behaviors, and Characteristics of Men Who Have Sex with Men among University Students in Guangxi, China", Biomed Res Int. 2020, tr. 7857231.
6. **Bộ Giáo Dục và Đào Tạo** (2018), Quyết định số 2276/QĐ-BGDĐT.
7. **Huỳnh Văn Sơn Sơn, Mai Mỹ Hạnh, Quang Thục Hảo, Tạp chí Khoa học** (2014), "Mức độ nghiện rượu bia ở nam sinh

viên và người trưởng thành trẻ tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh hiện nay"(55), tr. 173.

8. **Nguyễn Thị Quế Lâm**, Kỹ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo

dục sức khỏe (2014), "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của nam quan hệ tình dục đồng giới tại Thành phố Nha Trang, Khánh Hòa", tr. 107.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ DỰ PHÒNG LAO KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN NĂM 2024

Nguyễn Thị Lệ¹, Hoàng Hà¹, Lê Văn Thắng¹, La Thị Hiền²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lao kháng thuốc của bệnh nhân lao điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên năm 2024. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lao kháng thuốc của bệnh nhân lao điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Có 31,4% bệnh nhân có kiến thức chưa đạt; 32,7% bệnh nhân có thái độ chưa tốt; 30,8% bệnh nhân có thực hành chưa đạt. Có mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp với kiến thức phòng lao kháng thuốc; giữa trình độ học vấn, nơi sinh sống, thu nhập, bệnh nền, kiến thức phòng chống lao với thái độ phòng lao kháng thuốc; giữa nơi sinh sống, kiến thức phòng chống lao với thực hành phòng lao kháng thuốc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Kiến thức về phòng ngừa lao kháng thuốc có ảnh hưởng rõ rệt đến thái độ và thực hành của bệnh. Các yếu tố nhân khẩu học, xã hội và kiến thức đều đóng vai trò quan trọng trong

việc ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa lao kháng thuốc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Từ khóa: Thực trạng, kiến thức, thái độ, thực hành, Thái Nguyên

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICES, AND RELATED FACTORS IN DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS PREVENTION AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the current status of knowledge, attitudes, and practices (KAP) related to drug-resistant tuberculosis (DR-TB) prevention among tuberculosis patients treated at Thai Nguyen Lung Hospital in 2024. Additionally, to identify factors associated with KAP in DR-TB prevention in these patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. **Results:** The study found that 31.4% of patients had inadequate knowledge, 32.7% had poor attitudes, and 30.8% demonstrated inadequate practices regarding DR-TB prevention. There were associations between gender, age group, and occupation with knowledge about DR-TB prevention; between education level, place of residence, income, comorbidities, and knowledge with attitudes towards DR-TB prevention; and between place of residence and knowledge with practices in DR-TB prevention. These differences were statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** Knowledge about DR-TB prevention has a significant impact on patients'

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Phổi Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ

SĐT: 0912731869

Email: nguyenleytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

attitudes and practices. Demographic, social factors, and knowledge all play important roles in influencing KAP related to DR-TB prevention. These differences are statistically significant with a p-value < 0.05.

Keywords: Current status, knowledge, attitude, practices, Thai Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một trong những bệnh lý phổ biến và nguy hiểm nhất trên thế giới. Theo báo cáo Tổ chức Y tế thế giới, năm 2022, có 7,5 triệu người mắc lao và 1,3 triệu người tử vong do lao, khoảng 450,000 ca lao kháng thuốc [8]. Việt Nam là nước hiện đứng thứ 11 trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao và lao kháng thuốc cao nhất toàn cầu. Trong năm 2023, Tổ chức Y tế thế giới ước tính mỗi năm Việt Nam có thêm 172.000 người mới mắc lao và khoảng 13.000 người tử vong do lao. Khoảng 9.200 ca bệnh nhân lao kháng thuốc (LKT) mới mắc chiếm 4,5% trong nhóm bệnh nhân lao mới và 15% trong nhóm đã từng điều trị [8]. Các chuyên gia y tế cho rằng việc tìm kiếm giải pháp để giải quyết vấn đề lao kháng thuốc là rất cần thiết và khẩn trương. Một trong những giải pháp là tăng cường nghiên cứu và phát triển các kháng sinh mới để đối phó với các chủng vi khuẩn lao kháng thuốc. Cải thiện chất lượng dịch vụ y tế và giáo dục những người làm việc trong ngành y tế về các biện pháp phòng ngừa và điều trị bệnh lao kháng thuốc. Sự tăng cường giám sát và đánh giá hiệu quả của các chương trình điều trị bệnh lao cũng rất quan trọng để đảm bảo rằng các liệu pháp được sử dụng đúng cách và hiệu quả. Đối với cộng đồng, cần nâng cao nhận thức và giáo dục về bệnh lao và lao kháng thuốc để tăng cường sự hiểu biết và tình hình thực tế về vấn đề này [1], [3]. Số liệu thống kê cho thấy phần lớn tình trạng kháng thuốc xảy ra ở những bệnh nhân đã từng có tiền sử điều trị lao. Tại tỉnh Thái Nguyên hàng năm thu nhận quản lý, điều trị khoảng 700-800 bệnh nhân lao và khoảng 30 bệnh nhân lao kháng thuốc [2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân lao nhạy cảm thuốc đang điều trị nội trú tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tuổi >18; Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Rối loạn hành vi, mắc bệnh tâm thần

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 3 khoa Lao: Nội 1, Nội 2, Nội 4- Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2024 – 12/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp nghiên cứu

* Phương pháp nghiên cứu mô tả

* Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ, chọn có chủ đích tất cả bệnh nhân lao nhạy cảm thuốc đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, với cỡ mẫu $n = 156$.

2.3.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Cách chấm điểm kiến thức, thái độ, thực hành mỗi câu trả lời đúng 1 điểm: (1) Tổng điểm kiến thức chung về phòng chống LKT là 10 điểm; (2) Tổng điểm thái độ về phòng chống lao (PCL) là 4 điểm; (3) Tổng điểm thực hành về PCL là 6 điểm. Theo nghiên cứu của Thanduxolo Elford Fana và cộng sự: Điểm trung bình KT/TĐ/TH $\geq 70,0\%$ đánh giá đạt/tốt; < 70% chưa đạt/chưa tốt [6].

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhằm đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng cấp cơ sở Bệnh viện Phổi Thái Nguyên và Hội đồng y đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lao kháng thuốc của bệnh nhân lao điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên năm 2024

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu

	Biến số	n	%
Giới tính	Nam	108	69,2
	Nữ	48	30,8
Nhóm tuổi	18-30	26	16,7
	30-50	18	11,5
	50-60	44	28,2
	> 60	68	43,6
Nghề nghiệp	Nông dân	96	61,5
	Khác	60	38,5
Trình độ học vấn	Dưới THPT	96	61,5
	THPT trở lên	50	38,5
Nơi sinh sống	Nông thôn	132	84,6
	Đô thị	24	15,4
Thu nhập hàng tháng	Thấp	98	62,8
	Trung bình trở lên	58	37,2
Bệnh nền khác	Có	48	30,8
	Không	108	69,2

Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (69,2%; 30,8%). Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là >60 (43,6%). Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân (61,5%). Phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn dưới THPT (61,5%). Nông thôn chiếm đa số (84,6%). 62,8% bệnh nhân có thu nhập thấp. 30,8% bệnh nhân có kèm theo bệnh nền.

Bảng 2: Kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng nghiên cứu về lao kháng thuốc

	Biến số	n	%
Kiến thức	Bệnh LKT là một bệnh truyền nhiễm	154	98,7
	Yếu tố nguy cơ mắc LKT	122	78,2
	Bệnh LKT có khả năng lây nhiễm cao hơn bệnh lao nhạy cảm với thuốc	101	64,7
	Bệnh LKT có thể điều trị khỏi, thời gian điều trị từ 9 tháng trở lên	104	66,7
	Chi phí điều trị LKT cao hơn lao thường	42	26,9
	BN LKT khi ho, hắt hơi nên che miệng, mũi	154	98,7
	BN LKT cần đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác	150	96,2
	Hiểu về nguyên tắc điều trị lao đúng	57	36,5
	Biết hậu quả của việc không tuân thủ điều trị	117	75,0
	Biết các biện pháp phòng chống LKT	116	74,4
Thái độ	Không giữ bí mật khi mắc bệnh	94	60,3
	Phản ứng lạc quan nếu mắc LKT	72	46,0
	Khuyến người trong gia đình đi khám	116	74,4
	Phòng lây nhiễm cho người khác	135	86,5
Thực hành	Tuân thủ nguyên tắc điều trị lao	132	84,6
	Khắc đờm đúng nơi quy định	134	85,6
	Không dùng chia sẻ cốc, đồ dùng với người bệnh LKT	60	38,5
	Đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác	133	85,3
	Xử lý đờm đúng	99	63,5
	Bắt buộc cách ly người bệnh LKT	90	57,7

Kiến thức: Đa số bệnh nhân có kiến thức tốt về hiểu LKT là bệnh truyền nhiễm, biết yếu tố nguy cơ mắc LKT, biết dự phòng cho người xung quanh (chiếm > 70,0%). Tuy nhiên có kiến thức kém về các câu hỏi liên quan đến điều trị (chiếm < 70,0%); Thái độ: Phần lớn bệnh nhân có thái độ tốt về khuyên người trong gia đình đi khám và phòng lây cho người khác (> 70%); Thực hành: Phần lớn bệnh nhân có thực hành chưa tốt về chia sẻ cốc, đồ dùng với người bệnh LKT, xử lý đờm đúng, cách ly người bệnh LKT (<70,0%).

Bảng 3: Đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng nghiên cứu về lao kháng thuốc

Biến số		n	%
Kiến thức	Đạt	107	68,6
	Chưa đạt	49	31,4
Thái độ	Tốt	105	67,3
	Chưa tốt	51	32,7
Thực hành	Đạt	108	69,2
	Chưa đạt	48	30,8

Có 31,4% bệnh nhân có kiến thức chưa đạt; 32,7% bệnh nhân có thái độ chưa tốt; 30,8% bệnh nhân có thực hành chưa đạt

3.2. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lao kháng thuốc của bệnh nhân lao điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống LKT của đối tượng nghiên cứu

Kiến thức Biến số		Đạt (n, %)	Chưa đạt (n, %)	p
Giới tính	Nam	41 (85,4)	67 (62,0)	< 0,05
	Nữ	7 (14,6)	41 (38,0)	
Tuổi	< 60	18 (37,5)	70 (64,8)	< 0,05
	≥60	30 (62,5)	38 (35,2)	
Nghề nghiệp	Nông dân	37 (77,1)	59 (54,6)	< 0,05
	Khác	11 (22,9)	49 (45,4)	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	35 (72,9)	61 (56,5)	> 0,05
	Từ THPT trở lên	13 (27,1)	47 (43,5)	
Nơi sinh sống	Nông thôn	43 (89,6)	89 (82,4)	> 0,05
	Thành thị	5 (10,4)	19 (17,6)	
Thu nhập	Nghèo	33 (68,8)	65 (60,2)	> 0,05
	Không nghèo	15 (31,2)	43 (39,8)	
Bệnh nền	Có	20 (41,7)	28 (25,9)	> 0,05
	Không	28 (58,3)	80 (74,1)	

Có mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp với kiến thức phòng chống LKT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến thái độ phòng chống LKT của đối tượng nghiên cứu

Thái độ Biến số		Tốt (n, %)	Chưa tốt (n, %)	p
Giới tính	Nam	70 (66,7)	38 (74,5)	> 0,05
	Nữ	35 (33,3)	13 (25,5)	
Tuổi	< 60	62 (59,0)	26 (51,0)	> 0,05
	≥60	43 (41,0)	25 (49,0)	
Nghề nghiệp	Nông dân	68 (64,8)	28 (54,9)	> 0,05

Biến số \ Thái độ		Tốt (n, %)	Chưa tốt (n, %)	p
Trình độ học vấn	Khác	37 (35,2)	23 (45,1)	< 0,05
	Dưới THPT	72 (68,6)	24 (47,1)	
	Từ THPT trở lên	33 (31,4)	27 (52,9)	
Nơi sinh sống	Nông thôn	93 (88,6)	39 (76,5)	< 0,05
	Thành thị	12 (11,4)	12 (23,5)	
Thu nhập	Ngèo, cận nghèo	73 (69,5)	25 (49,0)	< 0,05
	Không nghèo	32 (30,5)	26 (51,0)	
Bệnh nền	Có	38 (36,2)	10 (19,6)	< 005
	Không	67 (63,8)	41 (80,4)	
Kiến thức PCL	Đạt	94 (89,5)	14 (27,5)	< 0,05
	Chưa đạt	11 (10,5)	37 (72,5)	

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, nơi sinh sống, thu nhập, bệnh nền, kiến thức PCL với thái độ phòng LKT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6: Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống LKT của đối tượng nghiên cứu

Biến số \ Thực hành		Đạt (n, %)	Chưa đạt (n, %)	p
Tuổi	< 60	28 (58,3)	60 (55,6)	> 0,05
	≥ 60	20 (41,7)	48 (44,4)	
Nơi sinh sống	Nông thôn	36 (75,0)	96 (88,9)	< 0,05
	Thành thị	12 (25,0)	12 (11,1)	
Thu nhập	Ngèo, cận nghèo	32 (66,7)	66 (61,1)	> 0,05
	Không nghèo	16 (33,3)	42 (38,9)	
Kiến thức PCL	Đạt	41 (85,4)	67 (62,0)	< 0,05
	Chưa đạt	7 (14,6)	41 (38,0)	
Thái độ PCL	Tốt	35 (72,9)	70 (64,8)	> 0,05
	Chưa tốt	13 (27,1)	38 (35,2)	

Có mối liên quan giữa nơi sinh sống, kiến thức PCL với thực hành phòng LKT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lao kháng thuốc của bệnh nhân lao điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên năm 2024

Kết quả nghiên cứu cho thấy 31,4% bệnh nhân có kiến thức chưa đạt về bệnh lao kháng thuốc (LKT). Kết quả nghiên cứu phản ánh việc nâng cao hiểu biết của bệnh nhân về bệnh này. Nghiên cứu của Hossain et al. (2020) tại Bangladesh chỉ ra rằng khoảng 40% bệnh nhân có kiến thức không đầy đủ về lao và các yếu tố liên quan. Nghiên cứu này

cho thấy sự tương đồng về tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức chưa đầy đủ, nhấn mạnh rằng việc cải thiện giáo dục và thông tin cho bệnh nhân là một vấn đề cần được chú trọng [4].

Với tỷ lệ 32,7% bệnh nhân có thái độ chưa tốt, nghiên cứu này cho thấy một số bệnh nhân vẫn giữ thái độ tiêu cực, bao gồm việc giữ bí mật về tình trạng bệnh và thiếu lạc quan. Điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến việc tuân thủ điều trị và phòng ngừa. Nghiên cứu của Kimbrough et al. (2021) tại Hoa Kỳ cho thấy khoảng 25% bệnh nhân lao không tuân thủ các biện pháp phòng ngừa do lo sợ bị kỳ thị hoặc thiếu niềm tin vào hiệu quả điều trị [5]. Trong khi đó, nghiên cứu của Gupta et al. (2018) tại Ấn Độ cho thấy khoảng 20% bệnh nhân có thái độ tiêu cực đối với việc

tuân thủ điều trị. Những nghiên cứu này chỉ ra rằng thái độ tiêu cực và sự kỳ thị vẫn là vấn đề phổ biến và cần được giải quyết bằng các chiến lược can thiệp hiệu quả hơn [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 30,8% bệnh nhân có thực hành chưa đạt trong các biện pháp phòng ngừa và quản lý bệnh, như chia sẻ đồ dùng, xử lý đờm đúng cách, và cách ly người bệnh. Điều này cho thấy việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa vẫn còn hạn chế. Tương tự, nghiên cứu của Gupta et al. (2018) tại Ấn Độ cho thấy khoảng 35% bệnh nhân không thực hiện đúng các biện pháp phòng ngừa [3]. Những nghiên cứu này chỉ ra rằng việc thực hành phòng ngừa là một thách thức toàn cầu và cần sự cải thiện thông qua các chương trình giáo dục và hỗ trợ liên tục.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lao kháng thuốc của bệnh nhân lao điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên

Kết quả nghiên cứu bảng 4 cho thấy Có mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp với kiến thức phòng LKT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả thu được tương tự như nghiên cứu của Hossain et al. (2020) tại Bangladesh cho thấy rằng giới tính có ảnh hưởng đến mức độ hiểu biết về lao, với nam giới thường có xu hướng hiểu biết tốt hơn về các biện pháp phòng ngừa [4]. Điều này cho thấy nhóm tuổi là một yếu tố quan trọng trong việc tiếp cận và duy trì kiến thức về phòng ngừa bệnh. Sự liên quan giữa nghề nghiệp và kiến thức phòng ngừa LKT cũng được phản ánh trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của Gupta et al. (2018) tại Ấn Độ chỉ ra rằng các nhóm nghề nghiệp khác nhau có mức độ kiến thức về bệnh lao khác nhau, với những người làm việc trong ngành y tế thường có kiến thức tốt hơn so với những người làm việc trong các ngành nghề khác [3].

Kết quả nghiên cứu bảng 5 cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn, nơi sinh sống, thu nhập, bệnh nền, kiến thức PCL với

thái độ phòng LKT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Gupta et al. (2018) tại Ấn Độ cho thấy rằng bệnh nhân có trình độ học vấn cao thường có thái độ tích cực hơn đối với việc phòng ngừa lao và tuân thủ điều trị [3]. Nghiên cứu của Wang et al. (2021) tại Trung Quốc chỉ ra rằng bệnh nhân sống ở khu vực đô thị thường có thái độ tích cực hơn và có mức độ tuân thủ phòng ngừa cao hơn so với bệnh nhân sống ở khu vực nông thôn. Điều này có thể liên quan đến việc tiếp cận thông tin y tế và dịch vụ sức khỏe tốt hơn ở khu vực đô thị [7]. Nghiên cứu của Ahmed et al. (2022) tại Bangladesh chỉ ra rằng bệnh nhân có bệnh nền thường có thái độ phòng ngừa lao kém hơn do các vấn đề sức khỏe phức tạp hơn và khó khăn trong việc quản lý điều trị [1]. Kiến thức đầy đủ và chính xác về bệnh lao kháng thuốc và các biện pháp phòng ngừa có thể dẫn đến thái độ tích cực hơn và thực hiện tốt hơn các biện pháp phòng ngừa.

Kết quả bảng 6 cho thấy có mối liên quan giữa nơi sinh sống, kiến thức PCL với thực hành phòng LKT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy rằng nơi sinh sống và mức độ kiến thức có ảnh hưởng đáng kể đến thực hành phòng ngừa bệnh lao kháng thuốc của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu thu được tương tự như nghiên cứu của Wang et al. (2021) tại Trung Quốc cho thấy rằng bệnh nhân sống ở khu vực đô thị thường thực hành các biện pháp phòng ngừa lao tốt hơn so với bệnh nhân sống ở khu vực nông thôn [7]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy kiến thức về phòng ngừa lao kháng thuốc có ảnh hưởng đáng kể đến thực hành phòng ngừa. Sự thiếu hiểu biết hoặc thông tin sai lệch có thể dẫn đến việc thực hành phòng ngừa không đầy đủ, làm giảm hiệu quả của các biện pháp phòng ngừa lao.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy có 31,4% bệnh nhân có kiến thức chưa đạt; 32,7% bệnh nhân có thái

độ chưa tốt; 30,8% bệnh nhân có thực hành chưa đạt. Có mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp với kiến thức phòng lao kháng thuốc; giữa trình độ học vấn, nơi sinh sống, thu nhập, bệnh nền, kiến thức phòng chống lao với thái độ phòng lao kháng thuốc; giữa nơi sinh sống, kiến thức phòng chống lao với thực hành phòng lao kháng thuốc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed, S., Rahman, M., & Khan, S. (2022). Attitudes towards tuberculosis prevention among patients with comorbid conditions in Bangladesh. *Journal of Infection and Public Health*, 15(2), 121-129.
2. Bệnh viện Phổi Thái Nguyên (2024), "Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2023, phương hướng nhiệm vụ 2024", Sở y tế Thái Nguyên.
3. Gupta, R., Sharma, S., & Singh, R. (2018). Attitude towards tuberculosis treatment adherence among Indian patients. *Indian Journal of Tuberculosis*, 65(1), 65-72).

4. Hossain, M. A., Rahman, M. A., & Ali, M. A. (2020). Knowledge and awareness of tuberculosis among rural populations in Bangladesh. *Journal of Tuberculosis Research*, 10(2), 45-52).

5. Kimbrough, R., Su, Z., & Kumar, A. (2021). Barriers to adherence and stigma in tuberculosis patients in the United States. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(8), 952-960).

6. Thanduxolo Elford Fana,^{1,2} Edwin Ijeoma,² and Lizo Sotana (2019). Knowledge, Attitudes, and Prevention Practices of Drug Resistant Tuberculosis in the Eastern Cape Province, South Africa. *Tuberculosis Research and Treatment*, 38(38), 1-12.

7. Wang, J., Li, Y., & Zhao, X. (2021). Urban-rural differences in tuberculosis prevention attitudes in China. *Chinese Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 210-217).

8. World Health Organization (2023), Global tuberculosis report 2023, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Quế Anh Trâm¹, Bùi Tiến Hoàn¹, Lê Đức An¹, Đậu Giang Sơn¹, Hà Phúc Hòa¹, Ngô Trí Hiệp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue tại Trung tâm Bệnh nhiệt

đới, bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, thực hiện trên 223 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh sốt xuất huyết Dengue theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2019 nhập viện điều trị tại trung tâm Bệnh nhiệt đới, bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Về lâm sàng 100% bệnh nhân có sốt, đau đầu 41,7%, nôn 33,2%, đau khớp 24,2%, đau hạ sườn phải 65,9%, có biểu hiện xuất huyết 66,4% trong đó chấm xuất huyết 58,1%, chảy máu răng 36,5%, xuất huyết âm đạo 4,7%, đại tiện phân

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Quế Anh Trâm

Email: tramlien@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

đen 2%. Sốt xuất huyết Dengue 10,3%, sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo 86,1% và sốt xuất huyết Dengue nặng 3,6%. Cận lâm sàng có HCT tăng >48% chiếm 33,6%, 100% bệnh nhân giảm tiểu cầu trong đó 92,3% giảm dưới 100 G/L, 76,2% bệnh nhân có bạch cầu giảm <4 G/L, có 43,5% bệnh nhân có tăng men gan, 22,4% có tràn dịch các màng, 7,6% bệnh nhân truyền tiểu cầu hoặc huyết tương tươi giàu tiểu cầu. Điều trị khỏi 97,8%, không có ca bệnh tử vong và 5 ca bệnh chuyển tuyến trên chiếm 2,2%. **Kết luận:** Bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue nhập viện điều trị ở mức độ có dấu hiệu cảnh báo chiếm tỷ lệ cao 86,1% và nặng 3,6%. Điều trị khỏi 97,8%, không có ca bệnh tử vong và 5 ca bệnh chuyển tuyến trên chiếm 2,2%.

Từ khóa: sốt xuất huyết Dengue, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF DENGUE FEVER PATIENTS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of Dengue fever patients at the Center for Tropical Diseases, Nghe An Friendship General Hospital, from June 2022 to June 2023.

Methods: A descriptive case series study was conducted on 223 patients diagnosed with Dengue fever according to the Ministry of Health's 2019 guidelines, who were hospitalized for treatment at the Center for Tropical Diseases, Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** Clinically, 100% of patients experienced fever, 41.7% had headaches, 33.2% experienced vomiting, 24.2% had joint pain, 65.9% had right hypochondriac pain, and 66.4% presented with hemorrhagic manifestations, including petechiae (58.1%), gum bleeding (36.5%), vaginal bleeding (4.7%), and black stools (2%). The proportions of patients

with Dengue fever, Dengue fever with warning signs, and severe Dengue were 10.3%, 86.1%, and 3.6%, respectively. Paraclinical findings showed 33.6% of patients had hematocrit (HCT) levels above 48%, all patients had thrombocytopenia, with 92.3% having platelet counts below 100 G/L, 76.2% had leukopenia (<4 G/L), 43.5% had elevated liver enzymes, 22.4% had pleural effusion, and 7.6% required platelet or fresh platelet-rich plasma transfusion. The treatment success rate was 97.8%, with no fatalities, and 5 cases were referred to higher-level hospitals (2.2%). **Conclusion:** Among the hospitalized Dengue fever patients, 86.1% had warning signs, and 3.6% were severe cases. The recovery rate was 97.8%, with no deaths, and 2.2% of cases were transferred to higher-level care.

Keywords: Dengue fever, clinical characteristics, paraclinical characteristics, Nghe An Friendship General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một trong những bệnh nhiệt đới phổ biến nhất và là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Virus Dengue được truyền từ người bệnh sang người lành qua vật trung gian là muỗi *Aedes aegypti* và *Ae. Albopictus*. Đặc điểm lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương. Nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy đa tạng, thậm chí là tử vong. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có khoảng gần 4 tỷ người hiện đang sống trong các vùng có dịch sốt xuất huyết Dengue. Hàng năm có khoảng 50 đến 100 triệu người nhiễm virus Dengue, trong đó có hơn 500.000 người phải nhập viện. Việt Nam được coi là vùng dịch lưu hành. Số ca mắc SXHD ở Việt Nam đã tăng từ 105.370 ca năm 2009 lên 184.000 ca năm 2017. Theo báo cáo của CDC Nghệ An, từ đầu năm 2022 đến tháng 11 năm 2022 đã có 2206 bệnh nhân mắc sốt xuất huyết. Tình hình dịch sốt xuất huyết Dengue tại Nghệ An năm

2022 vẫn đang tiếp tục diễn biến phức tạp với số ca mắc tăng nhanh và có nhiều ca diễn biến nặng. Từ năm 2018 ở Nghệ An không có nghiên cứu đánh giá về sốt xuất huyết Dengue, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, BV HNĐK Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue nhập viện điều trị tại trung tâm Bệnh nhiệt đới, bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 6/2023 – 6/2023.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

➤ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue theo quyết định 3705/QĐ-BYT năm 2019. Đồng ý tham gia nghiên cứu, > 18 tuổi.

➤ Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu: 223 bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện HNĐK Nghệ An trong thời gian

nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Biến số nghiên cứu

➤ Lâm sàng: sốt, đau đầu, nôn, đau khớp, xuất huyết, đau hạ sườn phải.

➤ Cận lâm sàng: đánh giá hematocrit, tiểu cầu, bạch cầu, chức năng gan, tình trạng thoát dịch các màng.

➤ Điều trị: can thiệp truyền chế phẩm máu. Tỷ lệ điều trị khỏi và thất bại.

2.5. Quy trình tiến hành: Thiết kế bệnh án nghiên cứu. Xác định đối tượng nghiên cứu. Giải thích mục đích nghiên cứu. Tiến hành thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. IBM. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ. Sử dụng phép thống kê mô tả để tính tỷ lệ dưới dạng phần trăm, giá trị trung bình và trình bày kết quả dưới dạng bảng, biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023 có 223 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue điều trị tại TT Bệnh nhiệt đới, Bv HNĐK Nghệ An đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu, cơ địa và bệnh nền (n=223)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Giới nam	118	52,9
	Giới nữ	105	47,1
Tuổi (năm). Trung bình 46,3 ± 12,8	<40	85	38,1
	40 – 60	97	43,5
	>60	41	18,4
BMI (kg/m²). Trung bình 20,5 ± 1,7	< 25	176	75,5
	≥ 25	57	24,5
Mắc bệnh nền mạn tính	Tăng huyết áp	23	10,3
	Đái tháo đường typ II	11	4,9
	Viêm gan mạn	6	2,7

Tuổi trung bình $46,3 \pm 12,8$, nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ, lần lượt là 52,9% và 47,1%. BMI trung bình của mẫu nghiên cứu là $20,5 \pm 1,7$, BMI <25 chiếm đa số với 75,5%. Có 17,6% bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh nền trong đó thường gặp nhất là bệnh Tăng huyết áp với tỉ lệ 10,3%.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng (n=223)

Đặc điểm		n	%
Phân độ sốt xuất huyết Dengue	Sốt xuất huyết Dengue	23	10,3
	Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo	192	86,1
	Sốt xuất huyết Dengue nặng	8	3,6
Thời gian nhập viện. Trung bình: 5,72±1,75	Sớm: ngày 1 – ngày 3 của bệnh	55	24,6
	Muộn: ngày 4 – ngày 8 của bệnh	168	75,4
Triệu chứng lâm sàng	Đau đầu	93	41,7
	Đau tức vùng gan	147	65,9
	Đau cơ	54	24,2
	Buồn nôn/nôn	74	33,2
Biểu hiện xuất huyết	Không có biểu hiện xuất huyết	75	33,6
	Có biểu hiện xuất huyết	148	66,4

Bệnh nhân nhập viện điều trị chủ yếu là bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo (chiếm 86,1%). Thời gian nhập viện trung bình sau ngày thứ 5 của bệnh ($5,72 \pm 1,75$), nhập viện muộn từ ngày 4 – 8 của bệnh chiếm tỉ lệ đa số với 75,4%, hơn gấp 3 lần số bệnh nhân nhập viện sớm từ ngày 1 – ngày 3 của bệnh. Các triệu chứng đau đầu và đau tức vùng gan chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,7% và 65,9%, gấp gần 2 lần so với nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau cơ/ đau xương khớp (24,2%) và buồn nôn/ nôn (33,2%). Có 32 bệnh nhân có đầy đủ cả 4 nhóm triệu chứng nói trên, chiếm tỉ lệ 14,3%. Có 148 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết chiếm tỉ lệ 66,4% gần gấp 2 lần so với số bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết (33,6%).

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng (n=223)

Đặc điểm		n	%
Bạch cầu (G/L)	< 4	170	76,2
	4 – 10	48	21,5
	> 10	5	2,3
Hematocrit (%)	Tăng > 48	75	33,6
	Tăng 42 – 48	131	58,7
	Bình thường: 38 – 42	5	2,2
	Giảm < 38	12	5,5
Tiểu cầu (G/L)	100 – 150	17	7,7
	50 – < 100	150	67,2
	< 50	56	25,1

Bạch cầu giảm < 4000 G/L chiếm đa số với 76,2%. Có > 90% bệnh nhân tăng Hematocrit, trong đó tỉ lệ bệnh nhân có Hematocrit tăng trong khoảng 42 – 48 chiếm tỉ lệ cao nhất với 58,7%. Số lượng tiểu cầu giảm ở mức từ 50 - < 100 chiếm chủ yếu với 67,2%.

Bảng 4: Tình trạng tổn thương gan và tràn dịch các màng (n=223)

Đặc điểm		n	%
Men gan	Bình thường	126	56,5
	Tăng < 5 lần	52	23,3
	Tăng trên 5 lần	45	20,2
Tràn dịch các màng (n=125)	Không	97	77,6
	Tràn dịch các màng	28	22,4

Có 43,5% bệnh nhân có tăng men gan, trong đó có số bệnh nhân tăng men gan ≥ 5 lần khá cao, chiếm tỉ lệ 20,2%. Chỉ 125 bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch đa màng được chỉ định siêu

âm. Kết quả có tràn dịch các màng chiếm tỉ lệ thấp với 22,4%, tràn dịch ổ bụng xuất hiện với tỉ lệ cao 42,9%. Có 7 (25%) trường hợp xuất hiện đồng thời tình trạng tràn dịch màng phổi và tràn dịch ổ bụng.

Bảng 5: Kết quả điều trị (n=223)

Kết quả	n	%
Khỏi bệnh ra viện/Chuyển tuyến dưới	218	97,8
Chuyển tuyến trên	5	2,2
Nặng xin về/Tử vong	0	0

97,8% bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue điều trị khỏi bệnh ra viện/ chuyển tuyến dưới. Chỉ có 5 bệnh nhân phải chuyển tuyến trên điều trị chiếm 2,2%. Không có trường hợp ghi nhận tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số 223 trường hợp Sốt xuất huyết Dengue điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An trong thời gian nghiên cứu, tuổi trung bình là $46,3 \pm 12,8$, độ tuổi chiếm ưu thế là 40-60 với 43,5%. Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu tại Việt Nam như nghiên cứu của Đ.T.Anh, L.V.Nam hay nghiên cứu của Đ.V.Quyền. Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam giới không khác biệt nhiều với nữ với lần lượt 52,9% và 47,1%, nhiều nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới đều cho thấy tỷ lệ bị bệnh sốt xuất huyết Dengue không khác biệt giữa giới nam và nữ. BMI trung bình của mẫu nghiên cứu là $20,5 \pm 1,7$, BMI < 25 chiếm đa số với 75,5%, điều này là phù hợp với thể trạng của người Việt Nam. Tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh nền không chiếm tỉ lệ cao với 17,6% trong đó bệnh nền thường gặp nhất là Tăng huyết áp với tỉ lệ 10,3%.

Sốt của những bệnh lý nguyên do cúm, virus thường thuyên giảm và tự cắt sốt sau thời gian 3-5 ngày. Chính điều này đã tạo thành một thói quen chủ quan trong người dân không đi khám ngay trong những ngày đầu có sốt mà thường chỉ khi không cắt sốt tới ngày thứ 4, thứ 5 của bệnh. Trong số 223 bệnh nhân nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân nhập viện muộn (từ ngày 4 – 8 của bệnh) chiếm 75,4%.

Tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu khác trong nước như nghiên cứu của Đ.T.A và L.V.Nam tại Hà Nội.

Các triệu chứng xuất huyết là nhóm triệu chứng phổ biến và cũng là triệu chứng đặc trưng của bệnh. Có 148 bệnh nhân xuất hiện biểu hiện xuất huyết, chiếm tỉ lệ 66,4%. Trong đó chấm xuất huyết chiếm tỉ lệ cao nhất với 58,1%. Xuất huyết nội tạng chiếm tỉ lệ rất thấp với 2%. Kết quả nghiên cứu ở Bệnh viện Bạch Mai năm 2019, xuất huyết dưới da chiếm 54,7%, xuất huyết nội tạng 7,4%. Các triệu chứng đau đầu/chóng mặt chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,7%. Triệu chứng đau cơ – đau xương khớp chiếm tỉ lệ thấp nhất với 24,2%. Số bệnh nhân có biểu hiện cả 4 nhóm triệu chứng nói trên chiếm tỉ lệ 14,3%.

Số lượng bạch cầu thường giảm dưới 4 G/L chiếm 76,2%, thậm chí có trường hợp giảm dưới 2 G/L. Theo WHO, trong thời kỳ đầu bạch cầu thường giảm, sau đó hồi phục ở giai đoạn lui bệnh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu L.N.Phú tại Bệnh viện 103 (2009) là 73,5%. Có một số nghiên cứu lại cho tỷ lệ cao hơn, sự khác nhau này có lẽ liên quan đến typ Dengue gây bệnh trong các vụ dịch. Cô đặc máu là hiện tượng đặc trưng trong Sốt xuất huyết Dengue. Tăng tính thấm thành mạch gây thoát huyết tương dẫn đến cô đặc máu, hiện tượng này thường diễn ra khi bắt đầu vào giai đoạn hạ sốt. Trong nghiên cứu, hầu hết bệnh nhân đều tăng Hematocrit (>90%), trong đó tỉ lệ bệnh nhân có Hematocrit tăng trong khoảng 42-48 chiếm tỉ lệ cao nhất với 58,7%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một sốt tác giả trong và ngoài nước. Nghiên

cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân đều có số lượng tiểu cầu giảm, trong đó số lượng tiểu cầu giảm từ 50 - < 100 G/L chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,2%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của L.T.Lựu và cộng sự (2010) là 69,75%.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra virus Dengue có ái tính với tế bào gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 43,5% bệnh nhân có tăng ALT, trong đó số bệnh nhân tăng ALT > 5 lần chiếm 20,2%. Biểu hiện tràn dịch đa màng cũng là 1 biểu hiện nặng của bệnh Sốt xuất huyết, thể hiện tình trạng thoát huyết tương, tăng tính thấm thành mạch. Có 125 bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch đa màng được chỉ định siêu âm trong nghiên cứu, kết quả có tràn dịch màng các màng chiếm tỷ lệ 22,4% (28 bệnh nhân).

Số bệnh nhân có chỉ định truyền chế phẩm máu là 17 bệnh nhân chiếm tỉ lệ rất thấp (7,6%). Trong đó có 5 bệnh nhân sau truyền vẫn tiếp tục diễn tiến nặng cần chuyển tuyến trên, chiếm tỉ lệ 29,4%. Tất cả các bệnh nhân không phải truyền chế phẩm máu đều có kết quả điều trị khỏi bệnh/ đỡ giảm/ chuyển tuyến dưới. Có 97,8% bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue điều trị tại Trung tâm bệnh nhiệt đới khỏi bệnh/ đỡ giảm/ chuyển tuyến dưới. Chỉ có 5 bệnh nhân phải chuyển tuyến trên điều trị chiếm 2,2% và không có trường hợp nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng tay gặp nhất là đau đầu và đau tức vùng gan với tỷ lệ lần lượt là 41,7% và 65,9%. 66,4% bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết với nhiều mức độ. Cận lâm sàng có HCT tăng >48% chiếm 33,6%, 100% bệnh nhân giảm tiểu cầu trong đó 92,3% giảm dưới 100 G/L, 76,2% bệnh nhân có bạch cầu giảm <4 G/L, có 43,5% bệnh nhân có tăng men gan, 22,4% có tràn dịch các màng. Điều trị khỏi 97,8%, không có ca bệnh tử vong và 5 ca bệnh chuyển tuyến trên chiếm 2,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam** (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue".
2. **Đỗ Duy Cường và cs** (2020), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị Sốt xuất huyết Dengue". Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Nhà xuất bản Y học, pp. 98 - 105.
3. **Trương Quan Vinh và cs** (2016), "Giáo trình Nội khoa". Nhà xuất bản Y học. Trường Đại học Y Dược Huế. Bộ môn Nội, pp. 406-417.
4. **Đoàn Văn Quyền** (2011), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue ở người lớn". Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. **Đoàn Hữu Thiển** (2017), "Một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và sinh học phân tử của vi rút Dengue ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk, 2010-2016". Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương, Luận án Tiến sĩ Y học.
6. **Da Silva F. T., Gonik B., McMillan M., Keech C., Dellicour S., et al.** (2016), "Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data". Vaccine, 34 (49), pp. 6057-68.
7. **Hoang Quoc C., Henrik S., Isabel R. B., In-Kyu Y., Chau N. V., et al.** (2016), "Synchrony of Dengue Incidence in Ho Chi Minh City and Bangkok". PLoS Negl Trop Dis, 10 (12), pp. e0005188.
8. **Quyen D. L., Thanh Le N., Van Anh C. T., Nguyen N. B., Hoang D. V., et al.** (2018), "Epidemiological, Serological, and Virological Features of Dengue in Nha Trang City, Vietnam". Am J Trop Med Hyg, 98 (2), pp. 402-409.
9. **World Health Organization** (2012), "Global strategy for dengue prevention and control 2012–2020. Geneva: World Health Organization". 2012 [Cited 2016 set 10]. Available from: <http://www.who.int/dengue-control/9789241504034/en/>.

TỶ LỆ NHIỄM GIUN MÓC/MỎ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN XÃ TAM GIANG, HUYỆN KRÔNG NĂNG, TỈNH ĐẮK LẮK

Phan Văn Trọng¹, Đặng Đình Thành², Trần Thị Kim Phụng³

TÓM TẮT

Bệnh do nhiễm giun móc/mỏ không rõ ràng, tác hại cũng không dễ phát hiện, nhưng phổ biến trong cộng đồng và có hậu quả tiềm tàng khá trầm trọng như thiếu máu thiếu sắt gây phù nề, suy tim, chậm phát triển thể chất. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ và một số yếu tố liên quan ở người dân xã Tam Giang, huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 387 đối tượng (chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống). Đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn và xét nghiệm phân bằng kỹ thuật Kato. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ là 25,58%; tỷ lệ nhiễm cao ở dân tộc thiểu số (42,7%), nhóm nghề nông (34,96%); có liên quan giữa tỷ lệ nhiễm với kiến thức phòng bệnh, thói quen đi chân đất, dùng đồ bảo hộ lao động, sử dụng hố xí. **Kết luận:** Cần tích cực tuyên truyền cho người dân về tác hại, đường lây nhiễm và biện pháp phòng bệnh, nhằm làm giảm tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ trong cộng đồng.

Từ khóa: tỷ lệ nhiễm, yếu tố liên quan, giun móc/mỏ, Đắk Lắk

SUMMARY

THE PREVALENCE RATE HOOKWORM INFECTION AND RELATED FACTORS AMONG THE POPULATION OF TAM GIANG COMMUNE, KONG NANG DISTRICT, DAK LAK PROVINCE

Hookworm infection is not widespread and its harmful effects are not easily detectable, but it is prevalent in the community and harbors quite serious potential consequences such as iron-deficiency anemia causing edema, heart failure, and physical growth retardation. **Objective:** To determine the prevalence of hookworm infection and some related factors among the people of Tam Giang commune, Krong Nang district, Dak Lak province. **Research method:** Cross-sectional descriptive study on 387 subjects (systematic random sampling). The participants were interviewed and their stool samples were examined using the Kato technique. **Results:** The prevalence of hookworm infection was 25.58%; the infection rate was higher among ethnic minorities (42.7%), and the agricultural occupation group (34.96%); there was a relationship between the infection rate and knowledge of disease prevention, habits of walking barefoot, use of protective equipment, and latrine usage. **Conclusion:** It is necessary to actively propagate to the people about the harmful effects, transmission routes, and preventive measures in order to reduce the prevalence of hookworm infection in the community.

Keywords: infection rate, related factors, hookworm, Dak Lak

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột

³Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đình Thành

SĐT: 0915457279

Email: ddthanh@bmtvietnam.com

Ngày nhận bài: 23/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước có khí hậu nhiệt đới, nóng ẩm, mưa nhiều. Các tập quán sinh hoạt cũng như thói quen ăn uống rất thích hợp cho sự phát triển và lây truyền các mầm bệnh ký sinh trùng, trong đó có bệnh giun móc/mỏ. Biểu hiện của bệnh không rõ ràng và tác hại khó phát hiện, nhưng rất phổ biến, với những hậu quả tiềm tàng, nghiêm trọng như: thiếu máu thiếu sắt, giảm protein và albumin huyết thanh,... từ đó gây phù nề, suy tim, chậm phát triển thể chất và tinh thần..., nhất là đối với phụ nữ và trẻ em [1]. Đắk Lắk, là một trong những khu vực có khí hậu đặc trưng, hai mùa rõ rệt là mùa khô và mùa mưa; Có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, kinh tế khó khăn, tình trạng vệ sinh môi trường chưa được cải thiện, tập quán sinh hoạt và canh tác lạc hậu, ăn uống chưa hợp vệ sinh, nhận thức của người dân về công tác phòng bệnh chưa cao. Đã có nhiều đề tài nghiên cứu thực trạng nhiễm giun móc/mỏ ở Đắk Lắk cho thấy tình trạng nhiễm giun ở đây là khá cao (35%) [2]. Vì tính chất phổ biến và các biến chứng trầm trọng của bệnh giun móc/mỏ, cũng như để tiếp nối với các công trình của các tác giả đi trước, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Thực trạng nhiễm giun móc/mỏ và một số yếu tố liên quan ở người dân xã Tam Giang, huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk năm 2023”**, với hai mục tiêu sau: (1) Xác định tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở người dân xã Tam Giang, huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk năm 2023. (2) Mô tả một số yếu tố liên quan nhiễm giun móc/mỏ tại địa điểm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: xã Tam Giang, huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chí chọn mẫu:** Người dân từ 2 tuổi trở lên, đang sinh sống tại xã Tam Giang, huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk.

- **Tiêu chí loại trừ:**

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Không có mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu.
- + Không có khả năng giao tiếp (đối với các đối tượng tham gia điều tra KAP: đối tượng ≥ 15 tuổi không trả lời được phỏng vấn KAP)
- + Bệnh phẩm không đạt yêu cầu do lấy không đúng, mẫu lẫn đất, cát.
- + Tẩy giun trước ngày khảo sát < 30 ngày.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

- Cỡ mẫu: tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra để ước lượng tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ

α : Xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} = 1,96$.

p: Trị số mong muốn của tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ chọn $p = 35\%$ (theo nghiên cứu của Chu Thị Kim Hương, 2022 [2])

d: Độ chính xác là khoảng sai lệch mong muốn. Chọn $d = 0,05$

Thay các giá trị vào công thức trên, ta có $n = 350$ đối tượng. Cộng thêm 10% số dự kiến mất mẫu, tổng số mẫu thực tế cần lấy là 385 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống

Kỹ thuật chọn mẫu: Theo kỹ thuật mẫu ngẫu nhiên hệ thống

Khung mẫu: Danh sách hộ gia đình của xã

Đơn vị lấy mẫu: Hộ gia đình

Đơn vị quan sát: Cá thể trong hộ gia đình được chọn

Qua khảo sát tại địa điểm nghiên cứu: mỗi hộ gia đình có 4 - 5 thành viên.

Để có cỡ mẫu 385 người, lấy trung bình 1 hộ có 4 người với tổng số được quan sát là 96 hộ, khi đó khoảng cách mẫu K là:

$$\text{Hệ số K} = \frac{1360 \text{ hộ gia đình}}{96 \text{ hộ gia đình}} = 14$$

Chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình theo hệ thống với (i) có số thứ tự trong khoảng 1 - 14 hộ gia đình đầu tiên (chọn được số 6)

Những hộ gia đình được chọn vào mẫu nghiên cứu tiếp theo có số thứ tự trong danh sách là $[6 + 14]$, $[6 + 2 \times 14]$, $[6 + 3 \times 14]$, ..., $[6 + 95 \times 14]$.

- Tại mỗi hộ gia đình, chọn 4 người trong hộ để xét nghiệm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Đánh giá tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ bằng phương pháp xét nghiệm phân Kato. Điều tra yếu tố liên quan bằng cách phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi KAP (phỏng vấn đối tượng ≥ 15 tuổi).

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được làm tròn đến 1 chữ số sau dấu phẩy. Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 13.0. Phân tích các

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ theo dân tộc, nghề nghiệp

Đặc điểm		n	Nhiễm giun móc/mỏ				p
			Dương tính		Âm tính		
			SL	%	SL	%	
Dân tộc	Kinh	298	61	20,47	237	79,53	< 0,001
	Thiểu số	89	38	42,70	51	57,30	
Nghề nghiệp	Làm nông (1)	226	79	34,96	147	65,04	p _(1,2) = 0,23
	Viên chức (2)	43	11	25,58	32	74,42	p _(2,3) < 0,001
	Nghề khác (3)	118	9	7,63	109	92,37	P _(1,3) < 0,001

Kết quả bảng 1 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ giữa dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số, ($p < 0,001$), tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở nhóm nghề nông cao hơn nhóm viên chức (34,96% so với 25,58%), ($p < 0,001$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm ở nhóm viên chức và nhóm nghề nông, ($p > 0,05$).

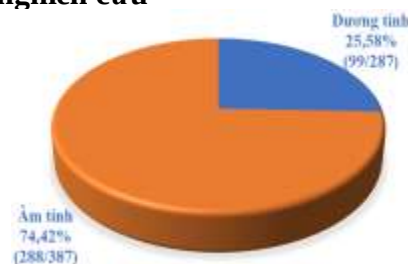
yếu tố liên quan đến nhiễm giun móc/mỏ trong nghiên cứu (tính giá trị PR, CI 95% và giá trị p).

2.7. Y đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể mục đích, nội dung nghiên cứu. Các dữ liệu nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu không phải trả chi phí cho xét nghiệm chẩn đoán, tư vấn phòng bệnh và được hỗ trợ thuốc tẩy giun.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ tại địa điểm nghiên cứu



Hình 1. Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ tại địa điểm nghiên cứu

Xét nghiệm 387 mẫu phân bằng kỹ thuật Kato thấy tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở điểm nghiên cứu là 25,58% (99/387).

Bảng 2. Liên quan giữa nhiễm giun móc/mỏ và kiến thức về đường lây nhiễm, tác hại và biện pháp phòng bệnh

Kiến thức		Giun móc/mỏ (n = 294)				n	PR (KTC 95%)	p
		Dương tính		Âm tính				
		SL	%	SL	%			
Đường lây nhiễm	Không	42	41,18	60	58,82	102	1,55 (1,11 - 2,15)	0,01
	Có	51	26,56	141	73,44	192		
Tác hại	Không	38	37.62	63	62.38	101	1,32 (0,94 - 1,85)	0,11
	Có	55	28.5	138	71.5	193		
Biện pháp phòng bệnh	Không	44	40,37	65	59,63	109	1,52 (1,09 - 2,12)	0,01
	Có	49	26,49	136	73,51	185		

Kết quả bảng 2 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm giun móc/mỏ và không biết đường lây nhiễm, giữa nhiễm giun móc/mỏ và không biết biện pháp phòng bệnh, ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm giun móc/mỏ và không có kiến thức về tác hại khi nhiễm giun móc/mỏ.

Bảng 3. Liên quan giữa nhiễm giun móc/mỏ với thói quen đi chân đất và sử dụng đồ bảo hộ lao động

Thói quen		Giun móc/mỏ (n = 294)				n	PR (KTC 95%)	p
		Dương tính		Âm tính				
		SL	%	SL	%			
Đi chân đất	Có	51	42.15	70	57,85	121	1,74 (1,24 - 2,43)	< 0,001
	Không	42	24.28	131	75,72	173		
Sử dụng bảo hộ lao động	Không	59	36.65	102	63,35	161	1,43 (1,01 - 2,04)	0,04
	Có	34	25.56	99	74.44	133		

Nhóm có thói quen đi chân đất, không sử dụng đồ bảo hộ khi tiếp xúc với đất có nguy cơ nhiễm giun móc/mỏ cao hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ tại địa điểm nghiên cứu

Kết quả xét nghiệm 387 mẫu phân bằng phương pháp Kato cho thấy tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở người dân tại địa điểm nghiên cứu là 25,58%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Thị Kiều Nga (2020) tại Long An là 13,1% [3]; Nguyễn Thu Hương (2021) tại Bắc Giang là 2,9% [4]; Nhưng lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Phượng Linh (2022) tại huyện Di Linh, tỉnh Lâm Đồng là 37,29% [5]; hay

nghiên cứu của Chu Thị Kim Hương (2022) tại huyện Lắc, tỉnh Đắk Lắk là 35% [2]. Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, thấp hơn so với một số các nghiên cứu có thể do khác nhau về thời điểm nghiên cứu, khác nhau về địa lý, khác nhau về đặc điểm kinh tế, văn hóa xã hội, về phong tục tập quán, thói quen sinh hoạt, lao động. Mặc dù, hàng năm tỉnh Đắk Lắk đều có các đợt tẩy giun định kỳ cho các đối tượng nguy cơ, trước khi thực hiện nghiên cứu này, phụ nữ tuổi 15 - 45 trên toàn tỉnh tẩy giun đã được 11 tháng và các đối tượng 2 - 5 tuổi, 6 - 11 tuổi tẩy giun được 6 tháng. Nhưng tại điểm nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ trong cộng đồng còn khá cao 25,87%. Nên cần được chú trọng công tác phòng chống bệnh giun truyền qua

đất nói chung và giun móc/mỏ nói riêng trong cộng đồng dân cư.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ

Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ theo dân tộc

Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở dân tộc khác là 42,70% cao hơn dân tộc Kinh (20,47%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chu Thị Kim Hương (2022) [2]; hay nghiên cứu của Đoàn Thị Kiều Nga (2021) [3] cũng cho kết quả tương tự. Có thể lý giải vấn đề này là do rào cản về ngôn ngữ nên việc tiếp nhận thông tin về phòng bệnh ký sinh trùng nói chung và bệnh giun móc/mỏ nói riêng, ở nhóm người dân tộc thiểu số gặp nhiều khó khăn. Và đây cũng là vấn đề mà chúng ta cần phải quan tâm trong công tác phòng chống giun móc/mỏ cho các nhóm đồng bào dân tộc thiểu số tại điểm nghiên cứu nói riêng và tại cộng đồng dân tộc thiểu số nói chung.

Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ theo nghề nghiệp

Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở nhóm nghề nông cao nhất là 34,96%, thấp nhất ở nhóm nghề khác (7,63%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); nhóm viên chức có tỷ lệ nhiễm giun là 18,75% thấp hơn nhóm người làm nghề nông, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), tỷ lệ nhiễm giun ở nhóm này cao hơn nhóm nghề khác, có ý nghĩa thống kê (25,58% so với 7,63% với $p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chu Thị Kim Hương (2022) [2]; hay nghiên cứu của Đoàn Thị Kiều Nga (2021) [3] cũng cho kết quả tương tự. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở nhóm nghề nông so với nhóm viên chức. Qua thực tế khảo sát tại địa điểm nghiên cứu, thấy ở nhóm viên chức

ngoài công việc chính còn có những hoạt động và sinh hoạt gắn với ruộng vườn, trồng rau, có những thói quen sinh hoạt giống người làm nghề nông.

Liên quan giữa nhiễm giun móc/mỏ và kiến thức về đường lây nhiễm, tác hại và biện pháp phòng bệnh

Qua phân tích kết quả ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở nhóm không biết đường lây nhiễm (41,18%), không biết biện pháp phòng chống giun móc/mỏ (40,37%) cao hơn so với nhóm có biết đường lây nhiễm (26,56%), biết về biện pháp phòng chống giun móc/mỏ (26,49%), có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,01$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chu Thị Kim Hương (2022) [2]. Tuy nhiên tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ ở nhóm không biết tác hại khi nhiễm giun móc/mỏ cao hơn ở nhóm có biết tác hại khi nhiễm giun móc/mỏ gấp 1,32 lần, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,11$). Như vậy trong quá trình phân tích về mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ với kiến thức cơ bản của đối tượng nghiên cứu về giun móc/mỏ đó là biết về đường lây, biết về tác hại, biết về biện pháp phòng chống giun móc/mỏ, chúng tôi nhận thấy: biết về đường lây, biết về biện pháp phòng chống làm giảm tỷ lệ nhiễm giun.

Liên quan giữa nhiễm giun móc/mỏ với thói quen đi chân đất và sử dụng bảo hộ lao động

Nhóm có thói quen đi chân đất, không sử dụng đồ bảo hộ lao động khi tiếp xúc với đất có nguy cơ nhiễm giun móc/mỏ cao hơn lần lượt 1,74 và 1,43 lần so với nhóm không đi chân đất, có sử dụng đồ bảo hộ lao động khi tiếp xúc với đất, với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Chu Thị Kim Hương (2022) nhóm không đi dày dép có nguy cơ nhiễm

giun móc cao hơn gấp 2,13 lần ($p < 0,01$) [2]; hay nghiên cứu của Davlin (2022) tại Bangladesh cũng cho kết quả tương tự [6]. Tỉnh Đắk Lắk có nền kinh tế chủ yếu là nông nghiệp, cây công nghiệp lâu năm. Với khí hậu nóng ẩm, điều kiện thuận lợi để trứng giun móc/mỏ phát triển thành ấu trùng ở ngoại cảnh. Thói quen đi chân đất và không sử dụng bảo hộ lao động (ủng, găng tay cao su) khi làm nương rẫy, sẽ tạo thuận lợi cho ấu trùng có tính nhiễm xuyên qua da, làm tăng nguy cơ nhiễm giun móc/mỏ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ tại điểm nghiên cứu là 25,58%, trong đó nhiễm giun móc/mỏ ở dân tộc thiểu số chiếm tỷ lệ là 42,70% và nhóm nghề nông là cao nhất (34,96%). Có mối liên quan giữa nhiễm giun móc/mỏ và không biết đường lây nhiễm, nhiễm giun móc/mỏ và không biết biện pháp phòng chống, nhiễm giun móc/mỏ và đi chân đất, nhiễm giun móc/mỏ và không sử dụng bảo hộ lao động.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường các biện pháp tuyên truyền giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức thực hành của người dân trong phòng chống bệnh giun sán nói chung và bệnh giun móc/mỏ nói riêng.

Tuyên truyền cho người dân thay đổi thói quen đi chân đất, nên sử dụng đồ bảo hộ lao động khi tiếp xúc trực tiếp với đất.

Cần mở rộng đối tượng tẩy giun hàng loạt định kỳ 6 tháng 1 lần tại điểm nghiên cứu và cho cộng đồng nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Vinh**, Ký sinh trùng y học. Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, NXB Y học. 2020.
2. **Chu Thị Kim Hương**, "Tỷ lệ và cường độ nhiễm giun móc (*Ancylostoma duodenale*)/mỏ (*Necator americanus*) và một số yếu tố liên quan ở người dân xã Bông Krang, huyện Lắk, tỉnh Đắk Lắk, năm 2022", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Tây Nguyên, (2022).
3. **Đoàn Thị Kiều Nga, Ngô Hùng Dũng, Lê Đức Hiền, Nguyễn Kim Thạch và Lê Đức Vinh**, "Tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ và một số yếu tố liên quan ở người dân xã Đức Lập Hạ, huyện Đức Hòa, tỉnh Long An năm 2020", Tạp chí phòng chống bệnh SR và các bệnh ký sinh trùng, (2020), 12 (5): tr. 45-53.
4. **Nguyễn Thu Hương, Trần Thị Nga và Nguyễn Thị Duyên**. "Xác định tỷ lệ nhiễm và định loài giun móc/mỏ trong cộng đồng xã Mai Trung, huyện Hiệp Hòa, tỉnh Bắc Giang năm 2021"(2021); Available from: <https://vjol.info.vn/index.php/thanhdong/article/download/61867/52012/>.
5. **Đỗ Thị Phụng Linh và Hoàng Anh**, "Tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường ruột tại một số cộng đồng người dân tộc thiểu số", (2022); Available from: <https://www.impehcm.org.vn/noi-dung/tin-y-te/tinh-trang-nhiem-ky-sinh-trung-duong-ruot-tai-mot-so-cong-dong-nguoi-dan-toc-thieu-so.html>.
6. **Davlin, SL, Jones AH, Tahmina S, Kawsar AA, Joshi A, Zaman SI, Rahman MM, Morawski BM, Deming MS, Imtiaz R, and Karim MJ**. "Soil-transmitted helminthiasis in four districts in Bangladesh: household cluster surveys of prevalence and intervention status", BMC Public Health, (2022),20(1): p. 672.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Tố Uyên¹, Trương Nữ Linh Chi²

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Tuân thủ điều trị HIV/AIDS là một trong những chỉ số quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, tuy nhiên một số nghiên cứu đã cho thấy việc tuân thủ điều trị còn gặp phải nhiều khó khăn không chỉ bởi các yếu tố từ phía chủ quan người bệnh mà còn bởi các yếu tố bên ngoài. **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên năm 2022. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023 trên 370 người bệnh. Phương pháp thu thập số liệu là hỏi cứu bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bảng câu hỏi để thu thập số liệu. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nhiễm HIV điều trị ngoại trú là 48,6%. Có mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp, thực trạng sử dụng rượu, thực trạng điều trị bệnh đồng nhiễm, khả năng tiếp nhận thông tin tư vấn từ cán bộ y tế và thực trạng sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc đối với tuân thủ điều trị ARV (với $p < 0,05$). **Kết luận:** các yếu tố liên quan có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV bao gồm nhiều phương diện, việc đánh giá các yếu tố này giúp đưa ra các giải pháp hiệu quả cho những vấn đề này.

Từ khóa: tuân thủ điều trị, người bệnh HIV/AIDS.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO ADHERENCE TO ARV TREATMENT OF OUTPATIENT HIV/AIDS PATIENTS AT THAI NGUYEN CITY MEDICAL CENTER

Background: Adherence to HIV/AIDS treatment is one of the important quality indicators for improving the quality of care and treatment of HIV/AIDS. However, some studies have shown that adherence to treatment faces many difficulties, not only due to subjective factors from the patients but also due to external factors. **Objective:** To identify several factors related to ARV treatment adherence among HIV/AIDS patients receiving outpatient treatment at the Health Center of Thai Nguyen City in 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from July 2022 to May 2023 involving 370 patients. Data collection methods included retrospective medical record review and direct interviews with patients using a questionnaire to gather data. **Results:** The adherence rate to treatment among HIV patients receiving outpatient care was 48.6%. There were correlations between occupational factors, alcohol use status, co-infection treatment status, ability to receive counseling information from healthcare staff, and the use of medication reminder methods with ARV treatment adherence ($p < 0.05$). **Conclusion:** The related factors affecting ARV treatment adherence encompass various aspects, and evaluating these factors helps to propose effective solutions to address these issues. **Keywords:** adherence to treatment, HIV/AIDS patients.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên
SĐT: 0917702575

Email: nguyenthitouyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, việc tuân thủ điều trị được coi là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng điều trị. Tại các nước thu nhập thấp và trung bình trên toàn cầu trong đó có Việt Nam, việc tuân thủ điều trị vẫn gặp phải nhiều khó khăn và tỷ lệ đạt chưa cao [1]. Các nghiên cứu gần đây về thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh cho thấy việc tuân thủ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, đồng thời nhấn mạnh vào việc cần phải có các giải pháp đặc biệt tác động vào đặc thù của từng nhóm đối tượng. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị còn có sự tương tác lẫn nhau, và điều này tạo ra mức độ ảnh hưởng lớn đến tuân thủ điều trị của một cá nhân [2-5]. Việc đánh giá cụ thể các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị là rất quan trọng nhằm đưa ra những giải pháp hiệu quả giúp tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ở người bệnh. Tại Thái Nguyên, các khảo sát về thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS cũng như các nghiên cứu đánh giá về các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV ở những người bệnh này là chưa có. Câu hỏi đặt ra là những yếu tố nào liên quan đến tuân thủ điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS tại Trung tâm y tế thành phố Thái Nguyên? Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh HIV/AIDS đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú – Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên và hồ sơ bệnh án ngoại trú của những bệnh nhân trên.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh trên 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu và hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh không đủ năng lực, hành vi; người bệnh có sức khỏe

kém không đủ khả năng tham gia nghiên cứu; người bệnh đang tham gia nghiên cứu khác liên quan đến thử nghiệm thuốc.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 7/2022 đến tháng 5/2023, tại phòng khám ngoại trú cho người bệnh HIV/AIDS - Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức

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

Trong đó:

n: Số bệnh nhân HIV/AIDS tối thiểu cần điều tra.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy. Chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p=0,6$ - tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV – theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang năm 2019.

d: Sai số mong muốn, chọn $d = 0,05$

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 370 đối tượng.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn các bệnh nhân đang được quản lý điều trị tại trung tâm y tế thành phố Thái Nguyên thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu dựa trên bộ câu hỏi được nhóm nghiên cứu thiết kế

- Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp và hồi cứu bệnh án được sử dụng.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá: Một người bệnh được đánh giá là tuân thủ điều trị khi được đánh giá tốt theo các tiêu chí trong Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 – Quyết định về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Các tiêu chí đánh giá bao gồm: (1) tuân thủ theo chỉ định điều trị, (2) tái khám đúng hẹn và (3) xét nghiệm đúng hẹn.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Mô tả số liệu qua số lượng và tỷ lệ, phân tích các yếu tố liên quan sử dụng test Chi-square, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thực trạng phân bố tuổi, giới, nghề nghiệp và trình độ học vấn

Thông tin của đối tượng		n	%
Tuổi	< 30 tuổi	44	11,9
	≥ 30 tuổi	326	88,1
	Trung bình	42,4±10,2	
Giới tính	Nam	272	73,5
	Nữ	98	26,5
Nghề nghiệp	Cán bộ/công chức/viên chức/công nhân	153	41,4
	Lao động tự do/ Làm ruộng	212	57,3
	Không có việc làm	5	1,4
Trình độ học vấn	Tiểu học	4	1,1
	THCS	36	9,7
	THPT	117	31,6

Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 42,4±10,2 tuổi, trong đó độ tuổi trên 30 tuổi chiếm đa số là 88,1%. Tỷ lệ nam giới chiếm 73,5%. Đối tượng là lao động tự do/làm ruộng là 57,3%. Trình độ học vấn phổ biến là Cao đẳng/Đại học chiếm 57,6%, tiếp theo là THPT (chiếm 31,6), THCS (chiếm 9,7%) và tiểu học (chiếm 1,1%).

Bảng 2. Thực trạng điều trị của đối tượng nghiên cứu

Thực trạng điều trị điều trị		n	%
Quá trình điều trị ARV	Duy trì phác đồ ban đầu	342	92,4
	Thay đổi phác đồ điều trị	28	7,6
Tuân thủ điều trị ARV	Có tuân thủ điều trị	180	48,6
	Không tuân thủ điều trị	190	51,4
Điều trị khác	Có điều trị cả Methadone	47	12,7
	Điều trị các bệnh đồng nhiễm	44	11,9

Tỷ lệ đối tượng tuân thủ điều trị bao gồm uống thuốc đúng theo chỉ định, tái khám và xét nghiệm đúng hạn là 48,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có điều trị cả methadone chiếm 12,7%, tỷ lệ bệnh nhân phải thay đổi thuốc trong quá trình điều trị là 7,6%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với tuân thủ điều trị ARV

Đặc điểm		Tuân thủ điều trị ARV		Không tuân thủ điều trị ARV		Có tuân thủ điều trị ARV		p
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Tuổi	< 30 tuổi	23	52,3	21	47,7			> 0,05
	≥ 30 tuổi	167	51,2	159	48,8			
Giới tính	Nam	146	53,7	126	46,3			> 0,05
	Nữ	44	44,9	54	55,1			
Nghề nghiệp	Cán bộ/công chức/viên chức/công nhân	64	41,8	89	58,2			< 0,05
	Làm ruộng/không có việc	126	58,1	91	41,9			
Trình độ học vấn	< THPT	23	57,5	17	42,5			> 0,05
	≥ THPT	167	50,6	163	49,4			

Có mối liên quan giữa nghề nghiệp với tuân thủ điều trị ARV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có mối liên quan giữa tuổi, giới và trình độ học vấn với tuân thủ điều trị ARV ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa sử dụng rượu, ma túy đối với tuân thủ điều trị ARV

Đặc điểm		Tuân thủ điều trị ARV		Không tuân thủ điều trị ARV		Có tuân thủ điều trị ARV		P
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Sử dụng rượu	Không theo khuyến cáo	88	63,7	50	36,3			<0,05
	Theo khuyến cáo	102	43,9	130	56,1			
Sử dụng ma túy	Có sử dụng	1	33,3	2	66,7			>0,05
	Không sử dụng	189	51,5	178	48,5			

Có mối liên quan giữa sử dụng rượu với tuân thủ điều trị ARV ở đối tượng nghiên cứu, Những đối tượng sử dụng nhiều rượu bia hơn mức khuyến cáo có tỷ lệ tuân thủ ARV thấp hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điều trị các bệnh đồng nhiễm với tuân thủ điều trị ARV

Đặc điểm điều trị		Tuân thủ điều trị ARV		Không tuân thủ điều trị ARV		Có tuân thủ điều trị ARV		p
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Điều trị bệnh đồng nhiễm lao	Đang điều trị	15	34,1	29	65,9			< 0,05
	Không điều trị	175	53,7	151	46,3			
Điều trị Methadone	Có điều trị	170	52,6	153	47,4			> 0,05
	Không điều trị	20	42,6	27	57,4			

Có mối liên quan giữa tình trạng điều trị bệnh đồng nhiễm lao với tuân thủ điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng điều trị methadone với tuân thủ điều trị ARV sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa tiếp nhận thông tin từ cán bộ y tế và sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc với tuân thủ điều trị

Tiếp nhận thông tin		Tuân thủ điều trị ARV		Không tuân thủ điều trị ARV		Có tuân thủ điều trị ARV		P
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Tiếp nhận thông tin từ cán bộ y tế	Không nhận thông tin/hiếm khi	31	70,5	13	29,5			< 0,05
	Có nhận thông tin/luôn luôn	159	48,8	167	51,2			
Các biện pháp nhắc nhở	Không	159	49,4	163	50,6			< 0,05
	Có	31	64,6	17	35,4			

Có mối liên quan giữa tình trạng tuân thủ điều trị ARV đối với việc được tiếp nhận thông tin từ cán bộ y tế và việc sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc của đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 370 người bệnh nhiễm HIV được điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế Thành phố Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị là 48,6% và có mối liên quan giữa một số yếu tố đối với tuân thủ điều trị ARV ở đối tượng nghiên cứu như sau: Yếu tố nghề nghiệp, kết quả nghiên cứu cho thấy có mối

liên quan giữa người có công việc không ổn định đối tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV thấp hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Thủy năm 2022 cho thấy, những đối tượng có thu nhập không ổn định do không có công việc ổn định thường sẽ đặt mối quan tâm đến việc đảm bảo các nhu cầu thiết yếu khác, từ đó không chú trọng cho

việc tuân thủ điều trị ARV [3]. Việc ổn định công việc và kinh tế là một yếu tố giúp các đối tượng an tâm điều trị, không bị phụ thuộc vào người thân và bạn bè, từ đó hạn chế các yếu tố tiêu cực tác động đến điều trị. Việc sử dụng rượu nhiều không theo khuyến nghị có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn ở nhóm nghiên cứu, và kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Xuân Sáng và Phan Thị Thu Hương cho thấy có mối liên quan giữa sử dụng rượu không theo khuyến nghị làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị [5]. Nghiên cứu của Tessa Heestermans và cộng sự cũng chỉ ra rằng, việc sử dụng rượu không tuân theo khuyến cáo có thể là hậu quả dẫn đến các đối tượng quên sử dụng thuốc, và từ đó dẫn đến không tuân thủ điều trị ARV [8].

Nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan giữa việc điều trị bệnh đồng nhiễm lao với tuân thủ điều trị. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ năm 2020 khi thấy rằng việc điều trị đồng nhiễm lao là một yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng không tuân thủ điều trị ở người bệnh [4]. Việc nhận tiếp nhận thông tin tư vấn từ cán bộ y tế là một yếu tố quan trọng giúp đối tượng tuân thủ điều trị ARV tốt hơn. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phan Thị Thanh Nga và cộng sự cho thấy rằng tần suất nhận thông tin tư vấn không thường xuyên có mối liên quan trực tiếp đến việc không tuân thủ điều trị [6]. Ngoài ra, nghiên cứu của Trần Tiến Cường và cộng sự cũng cho thấy sự hỗ trợ thông tin từ nhân viên y tế giúp người bệnh cảm thấy hài lòng trong quá trình điều trị, và điều này cũng có mối liên quan trực tiếp đến khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh [7].

Để giúp tuân thủ điều trị ARV tốt việc sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc là rất cần thiết, kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa việc sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc đối với tuân thủ điều trị ARV. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thiện Tâm và Trần

Mạnh Hùng cho thấy việc có sử dụng biện pháp nhắc nhở có mối liên quan đến tuân thủ điều trị ARV. Việc dùng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc có vai trò tích cực trong công tác điều trị HIV/AIDS, thông qua khuyến khích người bệnh áp dụng như đặt chuông điện thoại, đồng hồ báo thức... [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân điều trị ngoại trú HIV/AIDS tại trung tâm y tế thành phố Thái Nguyên là 48,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố nghề nghiệp, thực trạng sử dụng rượu, thực trạng điều trị các bệnh đồng nhiễm, khả năng tiếp nhận thông tin tư vấn từ cán bộ y tế và thực trạng sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc đối với tuân thủ điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Đức Giang** (2019), Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
2. **Đỗ Thiện Tâm và Trần Mạnh Hùng** (2021), Tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS của trung tâm y tế thành phố Long Khánh, Đồng Nai, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 25(6), tr. 69-79.
3. **Nguyễn Ngọc Thanh Thủy** (2022), Tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Gia Lai năm 2022, Luận văn Thạc sĩ, Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Lệ** (2020), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến lao đồng nhiễm HIV tại Thái Nguyên trong từ năm 2015-2019", Tạp chí Khoa học và công nghệ ĐHTN, 225, tr. 113-118.
5. **Phạm Xuân Sáng và Phan Thị Thu Hương** (2017), "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân tại

- các phòng khám ngoại trú của tỉnh Điện Biên năm 2016", Tạp chí Y học Dự phòng, 27.
6. **Phan Thị Thanh Nga và cộng sự** (2021), "Tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan trên nhóm bệnh nhân điều trị ARV tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Quảng Bình 2018", Tạp chí Y học Dự phòng, 8, tr. 31.
 7. **Trần Tiến Cường, Trần Quốc Lâm và Trần Văn Dũng** (2023), "Tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố ảnh hưởng của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại phòng khám ngoại trú của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam, 531(1B)
 8. **Tessa Heestermans và các cộng sự**. (2016), Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review, BMJ Journals, 1(4).

PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHI PHÍ Y TẾ TRỰC TIẾP TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ VINH LONG NĂM 2022

Nguyễn Chí Thanh¹, Nguyễn Phúc Hưng², Đỗ Thị Hồng Xuyên¹,
Phạm Thị Tố Liên², Võ Thị Mỹ Hương², Nguyễn Văn Bộ²,
Trương Kiều Mỹ³, Lê Thị Thanh Thảo⁴

TÓM TẮT.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến chi phí y tế trực tiếp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế Thành phố Vinh Long năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bảng kê thanh toán ra viện và hồ sơ bệnh án nội trú tương ứng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Thành phố Vinh Long trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Số ngày điều trị và mức glucose huyết khi nhập viện có ý nghĩa

thống kê trong việc ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong việc điều trị đái tháo đường típ 2 của Trung tâm Y tế thành phố Vinh Long. Tuy các yếu tố khác (giới tính, số năm mắc bệnh, chỉ số khối cơ thể (BMI), bệnh mắc kèm, đặc điểm dùng thuốc) cũng có sự khác biệt giữa chi phí điều trị nhưng lại không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Là tài liệu tham khảo giúp các chuyên gia có cái nhìn tổng quan về các yếu tố liên quan đến chi phí y tế trực tiếp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 giảm bớt gánh nặng kinh tế trong việc điều trị bệnh.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, nội trú, chi phí y tế, yếu tố liên quan

SUMMARY

ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO DIRECT MEDICAL COSTS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS RECEIVING INPATIENT TREATMENT AT VINH LONG CITY MEDICAL CENTER IN 2022

Objective: To analyze factors related to direct medical costs for inpatients with type 2 diabetes at Vinh Long City Medical Center in

¹Trung tâm Y tế thành phố Vinh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trung tâm Y tế Giá Rai

⁴Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tố Liên
SĐT: 0909754664

Email: pttlien@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 discharge invoices and corresponding inpatient medical records of type 2 diabetes patients treated at Vinh Long City Medical Center from January 2022 to September 2022. **Results:** The length of hospital stay and blood glucose levels upon admission were statistically significant factors influencing direct medical costs for the treatment of type 2 diabetes at Vinh Long City Medical Center. Although other factors, such as gender, duration of disease, body mass index (BMI), comorbidities, and medication use, showed differences in treatment costs, they were not statistically significant. **Conclusion:** This study provides a reference for specialists to gain an overview of the factors related to direct medical costs for type 2 diabetes patients, helping to reduce the economic burden in treating the disease.

Keywords: type 2 diabetes, inpatient, medical costs, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh mãn tính liên quan đến chuyển hóa, được đặc trưng bởi sự gia tăng lượng glucose trong máu. Với những gánh nặng kinh tế trong hiện tại và tương lai, các nghiên cứu về chi phí liên quan đến bệnh đái tháo đường trở nên thực sự có ý nghĩa trong việc thiết lập các giải pháp nhằm làm giảm chi phí điều trị hay sử dụng một cách có hiệu quả các nguồn lực của xã hội dành cho y tế. Tuy nhiên, các nghiên cứu tại Việt Nam chủ yếu chỉ tập trung ở khía cạnh chi phí - hiệu quả, có rất ít các nghiên cứu phân tích về chi phí trực tiếp và gián tiếp liên quan đến bệnh này được thực hiện tính đến thời điểm hiện tại. Với những gánh nặng kinh tế trong hiện tại và tương lai, các nghiên cứu về chi phí liên quan đến bệnh đái tháo đường trở nên thực sự có ý nghĩa trong việc thiết lập các giải pháp nhằm làm giảm chi phí điều trị hay sử dụng một cách có hiệu quả các nguồn lực của xã hội dành cho y tế. Tuy nhiên, các

nghiên cứu tại Việt Nam chủ yếu chỉ tập trung ở khía cạnh chi phí - hiệu quả, có rất ít các nghiên cứu phân tích về chi phí trực tiếp và gián tiếp liên quan đến bệnh này được thực hiện tính đến thời điểm hiện tại. Chi phí bệnh tật: được định nghĩa là tổng tác động kinh tế hoặc chi phí của bệnh hoặc sức khỏe đến điều kiện về xã hội thông qua việc xác định, đo lường và định giá của tất cả các chi phí trực tiếp và gián tiếp. Chi phí trực tiếp: là những chi phí phát sinh cho hệ thống y tế, cho cộng đồng và cho gia đình người bệnh trong giải quyết trực tiếp bệnh tật. Chi phí này được chia làm hai loại: Chi phí trực tiếp cho y tế: hay thường được gọi là chi phí y tế trực tiếp, là những chi phí liên quan trực tiếp đến các dịch vụ chăm sóc y tế như chi phí cho giường bệnh, cho điều trị, cho chăm sóc và cho hồi phục chức năng, chi phí cho thuốc,... Chi phí trực tiếp ngoài y tế: là những chi phí phát sinh trong quá trình điều trị nhưng không liên quan đến các dịch vụ chăm sóc y tế như chi phí đi lại, ở trọ, ăn uống,... Chi phí gián tiếp: là những chi phí phát sinh gián tiếp trong quá trình điều trị như chi phí mất đi do mắc bệnh hoặc tử vong. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã được công bố trước đó thì tổng chi phí y tế trực tiếp cho 400 bệnh nhân là 863.165.942 VNĐ, trong đó chi phí ngày giường là cao nhất (46,96%), về chi phí cận lâm sàng, chi phí xét nghiệm là cao nhất (220.124.500 VNĐ). Về chi phí các nhóm thuốc – dịch truyền, thuốc hạ đường huyết đứng đầu với tỷ lệ 37,634% [6]. Từ kết quả trên, chúng tôi tiếp tục thực hiện “*Phân tích một số yếu tố liên quan đến chi phí y tế trực tiếp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế Thành phố Vĩnh Long năm 2022*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bảng kê thanh toán ra viện và hồ sơ bệnh án nội trú tương

ứng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Thành phố Vĩnh Long trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Sau khi thu thập đầy đủ số liệu, kiểm tra tính hợp lý của số liệu. Tiến hành nhập, làm sạch và phân tích số liệu trên phần mềm Excel 2016 và SPSS 26.0.

Cỡ mẫu: tính theo công thức

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

Trong đó:

n: kích thước mẫu nghiên cứu

α : xác suất sai lầm loại 1 (chọn $\alpha=0,05$)

Z: trị số từ phân phối chuẩn (với $\alpha=0,05$ thì Z=1,96)

d: sai số cho phép, chọn d=0,05

p=0,37 (là tỉ lệ chi phí thuốc trong chi phí y tế trực tiếp cho bệnh nhân điều trị nội trú đái tháo đường típ 2 theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bích Thủy năm 2019 tại bệnh viện Đa Năng) [7].

Cỡ mẫu nghiên cứu là 359 bảng kê thanh toán ra viện và hồ sơ bệnh án nội trú tương ứng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Thành phố Vĩnh Long. Lấy dư 10% mẫu nghiên cứu, ta được n=395 (làm tròn thành 400).

Trong phần này chúng tôi tiếp tục thực hiện xác định mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến chi phí y tế trực tiếp thông qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến:

- Phân tích mô hình hồi quy: các nhóm yếu tố thu được sau phân tích EFA được tính giá trị đại diện (theo phương pháp trung bình cộng), và xem như biến độc lập để đưa vào phân tích hồi quy tuyến tính đa biến. Từ đó, đo

lượng mức độ ảnh hưởng của các nhóm yếu tố đến kết quả ý định hành vi của người tiêu dùng đối với việc mua thực phẩm chức năng.

- Hệ số R bình phương hiệu chỉnh (Adjusted R Square): phản ánh khả năng giải thích phương sai của biến phụ thuộc bởi các biến độc lập trong mô hình

- Mức ý nghĩa kiểm định T (Sig): nhóm yếu tố sẽ được giữ lại trong mô hình hồi quy khi mức ý nghĩa kiểm định (Sig.) $\leq 0,05$. Ngược lại, nhóm yếu tố sẽ bị loại bỏ

- Hệ số chưa chuẩn hóa Beta (Unstandardized Coefficients Beta - B): đo lường sự thay đổi về giá trị của biến phụ thuộc khi biến độc lập thay đổi một đơn vị trong điều kiện các biến độc lập khác là cố định.

- Hệ số chuẩn hóa Beta (Standardized Coefficients Beta - Beta): dùng trong việc so sánh mức độ tác động giữa các biến độc lập đến biến phụ thuộc trong cùng một đơn vị chuẩn. Như vậy, trong phân tích hồi quy đa biến, hệ số beta chuẩn hóa sẽ là cơ sở cho việc đánh giá sự khác biệt về mức độ ảnh hưởng giữa các biến độc lập trong mô hình.

- Phóng đại phương sai (VIF): dùng trong kiểm tra hiện tượng đa cộng tuyến, là điều kiện của việc áp dụng phân tích hồi quy đa biến. Trên lý thuyết, khi giá trị VIF $< 10,0$ sẽ không xảy ra hiện tượng và việc phân tích hồi quy được chấp nhận. Tuy nhiên, một số luồng ý kiến chuyên gia cho rằng: thực tế với các mô hình nghiên cứu có sử dụng bảng câu hỏi và thang điểm Likert, điều kiện về hệ số VIF phải nhỏ hơn 2,0. Do đó, trong nghiên cứu này, mức tiêu chuẩn về hệ số VIF được lựa chọn là $< 2,0$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tổng quan về các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong đợt điều trị bệnh đái tháo đường típ 2

Bảng 3.1. Tổng quan về các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong đợt điều trị bệnh ĐTD típ 2

Yếu tố	B	β	p	VIF
Hằng số	-445.943,998		0,466	
Giới tính	-131.383,424	-0,066	0,156	1,076
Tuổi	5.267,714	0,073	0,188	5,873
BMI	15.742,085	0,022	0,598	3,180
Số năm mắc bệnh	-13.296,527	-0,058	0,119	2,626
Bệnh mắc kèm	-19.847,658	-0,021	0,379	1,073
Tiền sử gia đình	36.294,954	0,018	0,436	1,069
Ngày điều trị	262.873,898	0,883	0,000	1,037
Đặc điểm dùng thuốc	43.094,382	0,039	0,094	1,037
Glucose huyết	32.184,613	0,069	0,043	2,201

R^2 hiệu chỉnh = 0,794

Durbin-Watson = 1,809

Phân tích Anova: p-value = 0,000

Trong đó:

Biến phụ thuộc: tổng chi phí trực tiếp cho y tế

B là hệ số chưa chuẩn hóa

Beta là hệ số đã chuẩn hóa

VIF là hệ số phóng đại phương sai.

Với chỉ số R^2 hiệu chỉnh = 0,749 tức là mô hình với các yếu tố độc lập giải thích được 74,9% sự biến đổi của tổng chi phí, Durbin-Watson = 1,809 nằm trong khoảng từ 1,5 – 2,5 do đó không vi phạm giả định tự tương quan nên các giá trị đều được chấp nhận [8].

Từ đây ta có phương trình hồi quy như sau:

Tổng chi phí trực tiếp cho y tế = - 445.943,998 + 0,883*số ngày điều trị + 0,069*glucose huyết.

Khi nhìn vào bảng 3.1 đầu tiên ta thấy hiệu số p hầu hết đều lớn hơn 0,05, chỉ có ngày điều trị và mức glucose huyết lúc nhập viện là có chỉ số $p < 0,05$ do đó 2 yếu tố này có ý nghĩa thống kê và có ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong điều trị đái tháo đường típ 2 nội trú tại Trung tâm Y tế thành phố Vĩnh Long.

3.2. Kết quả chi tiết về mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với một số đặc điểm của người bệnh đái tháo đường típ 2

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với một số đặc điểm của người ĐTD típ 2

Đặc điểm	Phân nhóm	Chi phí trực tiếp (VNĐ)		Trung vị	p
		Trung bình	Độ lệch chuẩn		
Tuổi	<45	1.883.302	943.601	1.648.752	0,411
	45 – 65	2.147.560	907.391	2.045.102	
	>65-75	2.289.195	854.973	2.195.640	
	>75	2.119.442	918.748	2.051.330	
Giới tính	Nam	2.245.549	990.239	2.071.305	0,727
	Nữ	2.123.835	864.115	2.094.677	
Số năm mắc bệnh	≤ 1	1.986.763	651.598	1.982.843	0,293
	>1-5	2.064.180	1.008.499	1.971.467	
	6-10	2.218.025	839.859	2.108.653	
	>10	2.183.535	882.831	2.121.797	

Đặc điểm	Phân nhóm	Chi phí trực tiếp (VNĐ)		Trung vị	p
Số ngày điều trị	<8	1.714.252	565.692	1.751.811	0,000
	8 – 14	2.864.117	673.209	2.717.740	
	>14	4.823.437	561.282	4.880.448	
Glucose máu	$\leq 3,9$	0	0	0	0,000
	>3,9-7,2	1.794.467	1.012.320	1.603.522	
	>7,2-10	2.163.093	947.513	2.090.867	
	>10	2.185.737	825.892	2.100.134	
Bệnh mắc kèm theo	Không có	1.794.577	747.992	1.758.094	0,233
	Tăng huyết áp	2.275.753	949.674	2.157.390	
	Rối loạn chuyển hóa lipid	2.124.525	801.661	2.050.915	
	Cả 2 bệnh	2.026.124	858.858	1.916.252	
BMI	Từ 18,5-22,9	1.547.974	977.910	1.251.212	0,392
	≥ 23	2.188.331	888.086	2.099.388	
Tiền sử gia đình mắc ĐTD típ 2	Có	2.180.115	959.921	2.112.083	0,483
	Không	2.149.066	878.870	2.051.504	
Đặc điểm dùng thuốc	Chỉ sử dụng thuốc hạ đường huyết đường uống	1.791.138	862.006	1.801.241	0,310
	Chỉ sử dụng insulin	2.257.468	993.483	1.919.849	
	Sử dụng cả hai	2.258.524	869.859	2.168.822	

Từ bảng kết quả trên thì ở các nhóm tuổi khác nhau, sự chênh lệch chi phí là không đáng kể, ta thấy rằng chi phí trực tiếp cho y tế bị ảnh hưởng không nhiều bởi độ tuổi cao hay thấp của bệnh nhân. Chi phí y tế trực tiếp cho hai phân nhóm bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ; giữa bệnh nhân có bệnh mắc kèm theo và bệnh nhân không có bệnh mắc kèm; giữa các bệnh nhân có và không có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường típ 2 có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê. Chi phí cho bệnh nhân có BMI ≥ 23 cũng cao hơn bệnh nhân có BMI từ 18,5-22,9. Tuy nhiên $p > 0,05$ vì vậy sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê. Có mức chênh lệch rất lớn giữa số ngày điều trị với chi phí trực tiếp trung bình. Glucose máu lớn hơn 7,2 mmol/l có chi phí điều trị cao hơn hẳn. Kết hợp với kết quả của bảng 3.2 cũng cho ta thấy sự khác biệt của 2 yếu tố này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế liên quan đến bệnh đái tháo đường típ 2 của bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế thành phố Vĩnh Long năm 2022

4.1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong đợt điều trị bệnh đái tháo đường típ 2

Khi nhìn vào bảng 3.1 đầu tiên ta thấy hiệu số P đa số đều $> 0,05$ chỉ có ngày điều trị và mức glucose huyết khi nhập viện là $< 0,05$ do đó 2 yếu tố này đạt độ tin cậy cao nhất và có ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong điều trị đái tháo đường. Với chỉ số R^2 hiệu chỉnh = 0,749 tức là mô hình với các yếu tố độc lập giải thích được 74,9% sự biến đổi của tổng chi phí, Durbin-Watson = 1,809 nằm trong khoảng từ 1,5 – 2,5 do đó không vi phạm giả định tự tương quan nên các giá trị đều được chấp nhận [8].

Từ đây ta có phương trình hồi quy như sau: Tổng chi phí trực tiếp cho y tế = -445.943,998 + 0,883*số ngày điều trị + 0,069*glucose huyết

Từ kết quả trên ta có thể thấy rằng trong nghiên cứu này chỉ có yếu tố số ngày điều trị và mức glucose huyết ảnh hưởng trực tiếp đến chi phí trực tiếp cho y tế trong điều trị bệnh đái tháo đường cho bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế Thành phố Vĩnh Long.

Kết quả này có hơi khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bích Thùy vì trong nghiên cứu của mình tác giả có đưa ra rằng Bệnh mắc kèm, biến chứng mạn tính, phác đồ điều trị, ngày điều trị ảnh hưởng đến chi phí tổng vì có ý nghĩa ($p < 0,05$). Nhưng kết quả thì vẫn giống nghiên cứu này khi kết quả của cả 2 nghiên cứu đều cho rằng yếu tố ngày điều trị mới là yếu tố chính ảnh hưởng nhiều nhất đến chi phí trực tiếp cho y tế trong việc điều trị đái tháo đường típ 2 [7]. Sự khác biệt như trên có thể là do sự khác nhau giữa giá trị của các yếu tố và tổng chi phí. Còn giống nhau vì kết quả thì chúng ta dễ hiểu bởi vì cả 2 nghiên cứu đều chỉ ra rằng chi phí cho giường bệnh là chi phí cao nhất trong chi phí trực tiếp mà số ngày nằm viện sẽ tỷ lệ thuận với chi phí giường bệnh mà chưa tính vào thêm các chi phí như thuốc, cận lâm sàng,... Nên có thể nói số ngày nằm viện sẽ có tác động trực tiếp và ảnh hưởng lớn nhất đến chi phí trực tiếp cho y tế trong việc điều trị đái tháo đường típ 2.

4.1.2. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với một số đặc điểm của người bệnh đái tháo đường típ 2

a. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với độ tuổi của người bệnh đái tháo đường típ 2

Như kết quả từ bảng 3.2 ta thấy rằng chi phí ảnh hưởng không nhiều theo lứa tuổi của bệnh nhân, cao nhất là nhóm tuổi > 65-75 với trung bình 2.289.195 VNĐ/người, thấp nhất là nhóm tuổi từ <45 tuổi với trung bình

1.883.302 VNĐ/người. Với $p > 0,05$ vì vậy chi phí trực tiếp cho y tế không bị ảnh hưởng nhiều bởi độ tuổi cao hay thấp của bệnh nhân. Nhưng kết quả này khác với khẳng định của tác giả Phạm Huy Tuấn Kiệt tác giả đã phân tích một số yếu tố của bệnh nhân cho thấy bệnh nhân có tuổi càng cao thì chi phí y tế càng lớn. Với nhóm bệnh nhân dưới 30 tuổi, chi phí cho một năm chỉ là 841.857 đồng, trong khi đó, với bệnh nhân trên 70 tuổi con số này lên tới 3.922.081 đồng [2]. Sự khác biệt này có thể giải thích là do sự khác nhau giữa thời điểm làm nghiên cứu hoặc khác nhau giữa mức sống của các nơi.

b. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với giới tính của người bệnh đái tháo đường típ 2

Đối với giới tính tuy có nhiều nữ mắc bệnh hơn nam nhưng giá trị trung bình của mỗi đợt điều trị không chênh lệch nhau nhiều ở nữ trung bình là 2.123.835 VNĐ/người còn ở nam là 2.245.549 VNĐ/người và kết quả từ bảng 3.13 cũng cho thấy rằng p của biến giới tính $> 0,05$ từ đây ta có thể thấy rằng chi phí trực tiếp cho y tế cũng không bị ảnh hưởng nhiều bởi yếu tố giới tính. Các nghiên cứu khác trước đó cũng có kết luận rằng không có sự khác biệt lớn giữa bệnh nhân nam và nữ về các chi phí trực tiếp cho y tế [7].

c. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với số năm mắc bệnh của người bệnh đái tháo đường típ 2

Về yếu tố số năm mắc bệnh vẫn chưa có nghiên cứu nào đưa ra sự ảnh hưởng của số năm mắc bệnh đối với chi phí trực tiếp dù cho ta có thể thấy rằng chi phí tăng dần và tăng khá cao đối với số năm mắc bệnh càng lớn. Cụ thể, những bệnh nhân có số năm mắc bệnh ≤ 1 trung bình 1.986.763 VNĐ/người thấp nhất, cao nhất là những bệnh nhân có số năm mắc bệnh 6-10 năm có mức chi phí trung bình là 2.218.025 VNĐ/người. Có thể giải thích rằng số năm mắc bệnh càng cao thì bệnh sẽ càng nặng sẽ càng có nhiều biến chứng và

bệnh mắc kèm kéo theo đó thì chi phí điều trị sẽ tăng lên. Tuy nhiên ở bảng 3.2 cho chúng ta thấy rằng $p > 0,05$ do đó chưa thể khẳng định được mối liên quan giữa số năm mắc bệnh và chi phí trực tiếp do có thể dù cho số năm mắc bệnh của bệnh nhân cao nhưng bệnh nhân đã điều trị các triệu chứng ở nơi khác trước đó nên có khác biệt như trên.

d. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với số ngày điều trị của người bệnh đái tháo đường típ 2

Ta thấy có mức chênh lệch chi phí rất lớn giữa các mức số ngày điều trị với nhau. Nhóm bệnh nhân có số ngày điều trị < 8 chi trung bình 1.714.252 VNĐ/người thấp nhất trong bảng 3.2. Tiếp theo là nhóm bệnh nhân có số ngày điều trị từ 8 – 14 ngày với mức chi phí trung bình là 2.864.117 VNĐ/người. Cao nhất chính là nhóm bệnh nhân có trên 14 ngày điều trị với mức trung bình là 4.823.437 VNĐ/người. Ngoài các con số trên thì kết quả ở bảng 3.1 cũng khẳng định rằng chi phí trực tiếp cho y tế bị ảnh hưởng bởi số ngày điều trị. Kết quả này cũng giống như kết quả của tác giả Lê Thị Bích Thùy là $p = 0,000$ và $\beta = 0,645$ cũng khẳng định rằng số ngày điều trị là yếu tố có ảnh hưởng nhất đến chi phí trực tiếp [7].

Trong một nghiên cứu tại Singapore công bố vào năm 2015 về chi phí y tế trực tiếp của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cũng đã chứng minh rằng thời gian nằm viện tăng lên sẽ ảnh hưởng đến chi phí y tế cho bệnh nhân. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả cũng cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa chi phí trực tiếp, gián tiếp với thời gian nằm viện [1]. Vậy từ đây ta có thể kết luận số ngày điều trị là yếu tố ảnh hưởng đến chi phí y tế trực tiếp đối với bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

e. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với mức glucose máu của người bệnh đái tháo đường típ 2

Ở bảng 3.2 ta thấy rằng glucose máu cũng có sự khác biệt về chi phí trực tiếp cho

y tế nhóm bệnh nhân có mức glucose máu $> 3,9-7,2$ có chi phí trung bình là 1.794.467 VNĐ/người thấp nhất trong các nhóm. Cao nhất là nhóm bệnh nhân có mức glucose máu > 10 với trung bình 2.185.737 VNĐ/người và kết hợp với kết quả ở bảng 3.1 thì khẳng định sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này cũng tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu khác của tác giả Markovitz cho rằng lượng glucose máu có liên quan đến chi phí cho điều trị đái tháo đường [5]. Có thể giải thích rằng mức glucose huyết càng cao thì dùng thuốc càng nhiều kéo theo chi phí điều trị càng cao. Nhưng kết quả này lại khác biệt so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bích Thùy khi cho rằng mức glucose máu không ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp của bệnh đái tháo đường típ 2 [7]. Sự khác biệt này có thể là do tùy thuộc vào phác đồ điều trị của từng bệnh viện, dân số ở từng nơi nghiên cứu và khác nhau về thời gian nghiên cứu.

f. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với bệnh mắc kèm theo của người bệnh đái tháo đường típ 2

Các nghiên cứu trước đó của các tác giả như tác giả Lê Thị Bích Thủy có $p < 0,05$, tác giả Phạm Huy Tuấn Kiệt, tác giả Nguyễn Thị Tuyết Nhung đều cho rằng có sự ảnh hưởng của yếu tố bệnh mắc kèm theo đối với y tế trực tiếp [4], [7], [2].

Tuy nhiên kết quả từ nghiên cứu này lại chỉ ra rằng mức chênh lệch chi phí giữa bệnh nhân có bệnh mắc kèm theo và bệnh nhân không có bệnh mắc kèm theo cũng không đáng kể, kết quả bảng 3.2 cho thấy chi phí của những bệnh nhân không có bệnh mắc kèm theo là 1.794.577 VNĐ/người thấp hơn so với bệnh nhân có bệnh mắc kèm theo. Trong số bệnh nhân có bệnh mắc kèm thì bệnh nhân mắc kèm bệnh tăng huyết áp có chi phí trung bình là cao nhất 2.275.753 VNĐ/người và nhìn vào kết quả cũng cho thấy được p của yếu tố bệnh mắc kèm $> 0,05$.

Do đó cũng có thể thấy rằng bệnh mắc kèm theo cũng không ảnh hưởng đáng kể đến chi phí trực tiếp cho y tế. Sự khác biệt này có thể đến từ số liệu mã hóa bệnh mắc kèm theo hoặc là do sự khác biệt giữa thời gian nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu hoặc cỡ mẫu nghiên cứu.

g. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với chỉ số BMI của người bệnh đái tháo đường típ 2

Trong tổng số 400 bệnh nhân nghiên cứu không có bệnh nhân nào có BMI nhỏ hơn 18,5; nhóm bệnh nhân có chi phí cao nhất có chỉ số BMI lớn hơn 23 với chi phí trung bình là 2.188.331 VNĐ; nhóm BMI từ 18,5-22,9 có chi phí trung bình là 1.547.974 VNĐ. Sự chênh lệch này là không quá lớn, đồng thời với kết quả của bảng 3.2 với chỉ số $p > 0,05$ nên có thể kết luận chỉ số BMI không liên quan đến chi phí y tế trực tiếp của bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Kết quả này cũng được chứng minh tại bệnh viện Đà Nẵng, chỉ số BMI không được cho thấy là có liên quan đến chi phí y tế trực tiếp, kể cả chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp cũng không bị ảnh hưởng bởi yếu tố này [7]. Điều này có thể được lý giải là do BMI chỉ là tỷ lệ giữa cân nặng và chiều cao đánh giá mức độ thừa cân béo phì đơn giản, nên chưa thể đánh giá chính xác tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Do đó yếu tố này không ảnh hưởng đến chi phí điều trị bệnh của bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

h. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với chỉ số tiền sử gia đình mắc bệnh của người bệnh đái tháo đường típ 2

Gần như không có sự chênh lệch nào về chi phí giữ bệnh nhân có và không có tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường 2. Thông qua kết quả của bảng 3.2 có thể thấy chi phí nhóm có tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường típ 2 chỉ cao hơn nhóm còn lại 30.000 VNĐ và con số này là không quá lớn. Đồng

thời với $p > 0.05$ chứng tỏ sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong các nghiên cứu khác cũng không thấy có sự ảnh hưởng của yếu tố tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường típ 2 có ảnh hưởng đến chi phí y tế hoặc không được xem là biến số sẽ ảnh hưởng đến chi phí y tế [7]. Biến số này thường được dùng để đánh giá tỷ lệ hay khả năng mắc bệnh đái tháo đường của bệnh nhân nếu có tiền sử gia đình mắc bệnh.

i. Mối liên quan giữa chi phí trực tiếp cho y tế với đặc điểm dùng thuốc của người bệnh đái tháo đường típ 2

Có thể thấy nhóm bệnh nhân có sử dụng insulin và nhóm bệnh nhân sử dụng cả hai thuốc (insulin và OAD) có mức chi phí y tế trực tiếp là ngang nhau. Và chi phí của nhóm chỉ sử dụng OAD thấp hơn hẳn, tuy nhiên mức chênh lệch là không quá lớn. Kết quả này tương thích với một nghiên cứu khác tại Việt Nam, với chi phí của bệnh nhân dùng cả hai thuốc là 548,3USD, trong khi đó bệnh nhân sử dụng OAD chỉ 117,4 USD [3]. Tuy nhiên khi kết hợp với bảng 3.2 với $p > 0,05$ thì sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm sử dụng thuốc không ảnh hưởng đến chi phí y tế trực tiếp của bệnh nhân do chi phí ngày giường và chi phí xét nghiệm mới là hai nhóm chi phí lớn nhất, còn thuốc chỉ chiếm hơn 12% chi phí, mà thuốc đái tháo đường lại chiếm một phần chi phí trong nhóm này.

Trong nghiên cứu của Lê Thị Bích Thủy không có nghiên cứu về đặc điểm dùng thuốc, tuy nhiên phác đồ điều trị cho bệnh nhân có ảnh hưởng đến chi phí y tế trực tiếp của bệnh nhân [7]. Sự khác biệt này là do sự khác nhau về biến số nghiên cứu, đề tài chỉ chọn một phần nhỏ là đặc điểm sử dụng thuốc, còn nghiên cứu trên lại chọn biến số là phác đồ điều trị bao gồm nhiều yếu tố khác, nên có ảnh hưởng đến chi phí y tế của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Số ngày điều trị và mức glucose huyết khi nhập viện có ý nghĩa thống kê trong việc ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp cho y tế trong việc điều trị đái tháo đường típ 2 của Trung tâm Y tế thành phố Vĩnh Long. Các yếu tố khác cũng có sự khác biệt giữa chi phí điều trị nhưng lại không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên nghiên cứu cũng là tài liệu tham khảo giúp các chuyên gia có cái nhìn tổng quan về các yếu tố liên quan đến chi phí y tế trực tiếp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 giảm bớt gánh nặng kinh tế trong việc điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charmaine Shuyu Ng. et al, "Direct medical cost of type 2 diabetes in Singapore", PLoS One, 10 (3), 2015, pp. e0122795.
2. Kiet Pham Huy Tuan et al, "Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study", Diabetes Res Clin Pract, 162, 2020, pp. 108051.
3. Le, N., Dinh Pham, L., & Quang Vo, T., "Típ 2 diabetes in Vietnam: a cross-sectional, prevalence-based cost-of-illness study", Diabetes metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, 10, 2017, pp. 363-374.
4. Nhung Nguyễn Thị Tuyết, Nghiên cứu chi phí đợt điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường tại khoa nội tiết bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Tế Công cộng, 2011.
5. Singh K. et al, "Economic Impact of Diabetes in South Asia: The Magnitude of the Problem", Curr Diab Rep, 19(6), 2019, pp. 34.
6. Thanh Nguyễn Chí, Phục Hưng Nguyễn, Thái Quân Lưu, Xuyên Đỗ Thị Hồng và Liên Phạm Thị Tố, "Phân Tích Chi Phí Y Tế Trực Tiếp Trên Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Type 2 Điều Trị Nội Trú Tại Trung Tâm Y Tế Thành Phố Vĩnh Long Năm 2022". Tạp Chí Y học Việt Nam 528 (2). (2023). <https://doi.org/10.51298/vmj.v528i2.6093>.
7. Lê Thị Bích Thủy, Phân tích chi phí điều trị liên quan đến bệnh đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Đà Nẵng, Luận văn Thạc sỹ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam, 201.)
8. Yahua Qiao, "Instertate Fiscal Disparities in America" (2th ed.). New York and London: Routledge, 2011.

KẾT QUẢ SOI BUỒNG TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nông Tuyết Phụng¹, Đào Ngọc Tuấn², Lê Phong Thu¹,
Nguyễn Thị Hiệp Tuyết¹, Bùi Hải Nam¹, Nguyễn Thị Anh¹

TÓM TẮT.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện A Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiệp Tuyết
SĐT: 0974313777

Email: nguyenthieptuyet@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả soi buồng tử cung ở bệnh nhân vô sinh tại Bệnh viện A Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 263 bệnh nhân nữ vô sinh có chỉ định soi buồng tử cung tại bệnh viện A, Thái Nguyên từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** 263 bệnh nhân vô sinh có tỷ lệ vô sinh nguyên phát là 42,6% và vô sinh thứ phát là 57,4%. Siêu âm tử cung phần phụ và siêu âm bơm

nước buồng tử cung phát hiện lần lượt có 19,0 % và 32,7% trường hợp bất thường. Kết quả soi buồng tử cung có 123 trường hợp có bất thường chiếm 46,8%: 36,1%, có polyp, 4,9% quá sản niêm mạc tử cung, 4,2% có dải dính, và 1,5 % u xơ tử cung dưới niêm mạc. Có 90,5% trường hợp đơn polyp và 9,5% đa polyp. 5 trường hợp dính toàn bộ và 6 trường hợp dính một phần. 13/13 trường hợp quá sản niêm mạc tử cung điển hình và 4 trường hợp u xơ tử cung dưới niêm mạc. 100% các trường hợp có xử trí khi soi buồng tử cung, có 1 trường hợp bị tai biến thủng tử cung với tỷ lệ 0,4%. **Kết luận:** Nội soi buồng tử cung có giá trị phát hiện được nhiều bệnh lý bất thường buồng tử cung trên bệnh nhân vô sinh, kết hợp xử trí các bệnh lý giúp điều trị hỗ trợ sinh sản cho bệnh nhân.

Từ khóa: vô sinh, nội soi buồng tử cung, polyp, quá sản niêm mạc tử cung, u xơ tử cung.

SUMMARY

RESULTS OF HYSTEROSCOPY IN INFERTILITY PATIENTS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics and results of hysteroscopy in infertile patients at Hospital A, Thai Nguyen. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 263 infertile female patients who underwent hysteroscopy at Hospital A, Thai Nguyen, from January 2022 to December 2023. **Results:** Among the 263 infertile patients, the prevalence of primary infertility was 42.6%, and secondary infertility was 57.4%. Uterine ultrasound and saline infusion sonography detected abnormalities in 19.0% and 32.7% of cases, respectively. Hysteroscopy revealed abnormalities in 123 cases, accounting for 46.8% of patients: 36.1% had polyps, 4.9% had endometrial hyperplasia, 4.2% had adhesions, and 1.5% had submucosal fibroids. Among the polyp cases, 90.5% were single polyps and 9.5% were multiple polyps. There were 5 cases of complete adhesions and 6 cases of partial adhesions. All 13

cases of endometrial hyperplasia were typical, and there were 4 cases of submucosal fibroids. Hysteroscopic interventions were performed in 100% of cases, with 1 case of uterine perforation, accounting for a complication rate of 0.4%. **Conclusion:** Hysteroscopy is valuable in detecting various uterine abnormalities in infertile patients and, when combined with treatment of these abnormalities, contributes to assisted reproductive therapy.

Keywords: infertility, hysteroscopy, polyp, endometrial hyperplasia, uterine fibroids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có khoảng 10-15% bệnh nhân thất bại khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, và đến 50% trường hợp thất bại làm tổ liên tiếp được chẩn đoán do nguyên nhân bệnh lý trong buồng tử cung. Do đó, trước khi tiến hành các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, bác sĩ lâm sàng nên đánh giá nghiêm ngặt khoang tử cung để chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả các yếu tố tiềm ẩn có thể làm giảm thành công của hỗ trợ sinh sản [6].

Những tiến bộ trong siêu âm cho phép các bác sĩ xác định hầu hết các bệnh lý tử cung mà không cần phải dùng đến các thủ thuật chẩn đoán xâm lấn. Tuy nhiên, có nhiều bệnh lý siêu âm thường quy không phát hiện được; Nội soi buồng tử cung là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá và điều trị các bệnh lý trong tử cung, và khi kết hợp với sinh thiết nội mạc tử cung có khả năng chỉ ra các nguyên nhân khó phát hiện gây ra tình trạng thất bại làm tổ như viêm niêm mạc tử cung mãn tính [6]. Soi buồng tử cung có thể quan sát được niêm mạc tử cung, xác định được các tổn thương trong buồng tử cung như dính, vách ngăn, polyp, u xơ, chẩn đoán sớm các tổn thương ung thư và tiền ung thư niêm mạc tử cung. Hơn nữa, qua soi buồng tử cung có thể xử trí nhiều tổn thương bằng phẫu thuật [5].

Tại Bệnh viện A Thái Nguyên, nội soi vô sinh được thực hiện từ năm 2015 với số lượng

đến khám và được phẫu thuật nội soi ngày càng cao. Lúc đầu, soi buồng tử cung rất ít được áp dụng do khó khăn về phương tiện cũng như kỹ thuật. Cho đến nay soi buồng tử cung được sử dụng rộng rãi, đặc biệt ở những phụ nữ vô sinh. Với mong muốn có góc nhìn toàn diện về tình hình soi buồng tử cung tại đơn vị, cũng như có thêm nhiều bằng chứng trong chẩn đoán vô sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **“Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả soi buồng tử cung ở bệnh nhân vô sinh tại Bệnh viện A Thái Nguyên”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Nghiên cứu trên 263 bệnh nhân vô sinh (VS) có chỉ định soi buồng tử cung (BTC) tại bệnh viện A, Thái Nguyên từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023

Bệnh nhân VS không rõ nguyên nhân. Có kết quả siêu âm tử cung phần phụ và siêu âm bơm nước tử cung. Bệnh nhân đã thực hiện kỹ thuật hộ trợ sinh sản thất bại nhiều lần.

Tiêu chí loại trừ:

Những bệnh nhân soi BTC không liên quan vô sinh. Những bệnh nhân mắc các bệnh có chống chỉ định soi BTC: mắc bệnh tim phổi, bệnh lý ác tính ở CTC, viêm nhiễm đường sinh dục. Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Tuổi: trung bình, ≤ 35 tuổi, > 35 tuổi.
- Phân loại VS: VSI và VSII
- Nguyên nhân VS: do vợ, do chồng, do cả hai vợ chồng, không rõ nguyên nhân.
- Tiền sử sản khoa: số lần sinh con, mổ lấy thai, sảy thai, thai lưu
- Thời gian VS: thời gian trung bình, ≤ 5 năm, 6 – 10 năm, > 10 năm.

- Đặc điểm siêu âm tử cung phần phụ/siêu âm bơm nước BTC: bình thường/bất thường:

- + Niêm mạc tử cung (NMTC)
- + Polyp: số lượng, kích thước $< 10\text{mm}$, $10\text{-}20\text{mm}$, $> 20\text{mm}$
- + U xơ tử cung (UXTC) dưới niêm mạc: loại 0, loại 1, loại 2
- + Dải dính BTC: toàn bộ, một phần
- + Quá sản NMTC: quá sản NMTC điển hình (quá sản lành tính) và quá sản NMTC không điển hình hoặc tân sinh biểu mô NMTC/ung thư biểu mô biệt hóa cao.

- Xử trí khi soi BTC: Polyp (cắt bằng dụng cụ nội soi - dụng cụ bào), quá sản NMTC (Cắt bằng dụng cụ bào - nạo BTC), dải dính BTC (tách dính bằng áp lực đèn soi - gỡ dính bằng dụng cụ nội soi), UXTC (cắt bằng dụng cụ nội soi - Kết quả giải phẫu bệnh)

2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

Bệnh nhân đến bệnh viện A khám vì VS, hiếm muộn. Bệnh nhân được thực hiện thăm khám và hỏi bệnh trong các bước trong chẩn đoán VS, trong đó bệnh nhân được siêu âm tử cung phần phụ thường quy và siêu âm bơm nước BTC; và nội soi BTC trong chỉ định. Kỹ thuật soi BTC được thực hiện qua các bước sau:

Chuẩn bị bệnh nhân: Thời điểm soi BTC: thời điểm tốt nhất để soi BTC là nửa trước của chu kỳ kinh nguyệt, khoảng ngày thứ 6 đến ngày thứ 10 chưa quan hệ hoặc trước thời điểm rụng trứng để đảm bảo không có thai khi soi. Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, được gây mê toàn thân, tuy nhiên trong những trường hợp nếu chỉ làm soi BTC chẩn đoán hoặc phẫu thuật trong thời gian ngắn không kèm soi ổ bụng thì có thể tiến hành tiền mê kết hợp gây tê tại chỗ vùng cổ tử cung, hoặc gây tê tùy sống. Đặt thuốc làm mềm cổ tử cung khoảng 4 đến 6 tiếng trước khi soi để cổ tử cung hé mở giúp việc đưa ống soi dễ dàng hơn. Thường sử dụng dẫn xuất prostaglandin là misoprotol.

Chuẩn bị dụng cụ: Bộ nền Hegar để nong cổ tử cung. Bộ máy bơm nước để làm phồng BTC, nếu không có máy bơm nước thì có thể bóp trực tiếp bằng tay. Các dụng cụ chuyên dùng trong soi BTC chẩn đoán và phẫu thuật.

Các bước tiến hành:

Thì 1: Soi BTC chẩn đoán: Sát khuẩn vùng sinh dục. Đặt sonde tiểu và lưu sonde. Bộc lộ CTC bằng mỏ vịt hoặc van âm đạo. Đưa đèn soi qua lỗ ngoài cổ tử cung cùng lúc máy bơm nước hoặc người phụ bơm dung dịch làm căng BTC và quan sát. Đánh giá ống CTC, BTC bằng quan sát từ xa đến gần, quan sát tổng thể rồi quan sát chi tiết. Khi đèn soi ở ống CTC cần phát hiện những bất thường ở ống CTC như dính ống, Polype CTC. Khi tiến hành bước soi BTC tức là lúc kính soi bắt đầu vượt qua lỗ trong của cổ tử cung. Tiến hành thăm khám BTC, luôn tìm hai lỗ vòi tử cung. Đánh giá niêm mạc tử cung: độ dày, màu sắc, các mạch máu. Với một thương tổn phải nhận định thể tích, chỗ bám và mức độ tuần hoàn nuôi dưỡng, vị trí so với lỗ vòi tử cung.

Thì 2: Soi BTC xử trí phẫu thuật. Trong soi BTC phẫu thuật phải nong đến số 10 - 11 để đưa dụng cụ nội soi, cắt, gấp vào trong BTC, từ đó có thể cắt bỏ các tổn thương bên trong. Lựa chọn các đầu cắt phù hợp với tổn thương và kích thước. Sau khi cắt bỏ nếu diện cắt chảy máu thì phải sử dụng đầu bi tròn để cầm máu. Trong quá trình cắt đốt luôn tránh tối đa việc cắt đầy đầu cắt hướng từ ngoài vào trong mà nên thực hiện hướng từ trong ra ngoài để tránh tai biến thủng tử cung. Lượng dịch bơm vào BTC

và thời gian phẫu thuật không nên quá 30 phút để tránh biến chứng quá tải dịch. Số liệu được thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu, theo các chỉ số và biến số nghiên cứu.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu trên phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được phân tích giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm các chỉ số và biến số.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập được 263 bệnh nhân VS có tỷ lệ VSI là 42,6% và VSII là 57,4%. Tuổi trung bình là $31,8 \pm 4,9$ (20 - 43), trong đó 66,2% trường hợp < 35 tuổi, và ≥ 35 tuổi là 33,8%. Thời gian VS trung bình là $3,7 \pm 2,6$ (1 - 13) năm, trong đó thời gian VS ≤ 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,6%, 6 - 10 năm chiếm 12,5% và trên 10 năm là 4,9%.

Về tiền sử sản khoa, có 22,1% và 1,5% đã mổ lấy thai 1 lần và 2 lần; Có 5,3% trường hợp có tiền sử phá thai 1 lần; Có 11,0% và 1,9% bệnh nhân có tiền sử thai lưu 1 lần và 2 lần; Có 8,0% có tiền sử sảy thai 1 lần và 2 trường hợp 2 và 3 lần. Nguyên nhân VS do vợ chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,5%, do cả hai vợ chồng 12,2%, do chồng 10,6%, và không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,7%. Đặc điểm siêu âm tử cung phần phụ và siêu âm bơm nước BTC trong bảng dưới đây:

Bảng 1. Kết quả siêu âm tử cung phần phụ siêu âm bơm nước buồng tử cung

Đặc điểm	n	%
Siêu âm tử cung phần phụ		
Bình thường	213	81,0
Bất thường	50	19,0
Polyp	34	12,9
NMTC dày	11	4,2
UXTC	5	1,9
Siêu âm bơm nước BTC		
Bình thường	177	67,3
Bất thường	86	32,7

Đặc điểm	n	%
Polyp	65	24,7
UXTC	11	4,2
Dải dính BTC	10	3,8

Siêu âm tử cung phần phụ phát hiện 12,9% trường hợp polyp, siêu âm bơm nước phát hiện 24,8% trường hợp. Về UXTC, siêu âm tử cung phần phụ phát hiện được 5 trường hợp, siêu âm bơm nước phát hiện được 9 trường hợp. Siêu âm tử cung phần phụ không phát hiện được trường hợp dải dính BTC, siêu âm bơm nước phát hiện được 10 trường hợp chiếm 3,8%. 263 bệnh nhân có chỉ định soi BTC, quá trình thực hiện kỹ thuật diễn ra an toàn 99,4% không xảy ra tai biến/biến chứng, có 1 trường hợp bị tai biến thủng tử cung với tỷ lệ 0,4%. Kết quả soi BTC được thể hiện ở các bảng sau:

Bảng 2. Kết quả khi soi buồng tử cung

Đặc điểm	n	%
Bình thường	140	53,2
Bất thường	123	46,8
Polyp	95	36,1
Quá sản NMTC	13	4,9
Dải dính	11	4,2
U xơ TC dưới niêm mạc	4	1,5

Có 123 trường hợp có bất thường BTC chiếm 46,8%. Có 95 bệnh nhân có polyp BTC chiếm 36,1%, 4,9% quá sản NMTC, 4,2% có dải dính, và 1,5 % UXTC dưới niêm mạc.

Bảng 3. Đặc điểm các bất thường khi soi buồng tử cung

Đặc điểm		n	%
Polyp (n=95)			
Số lượng	Đơn Polyp	86	90,5
	Đa Polyp	9	9,5
Kích thước	< 10mm	59	62,1
	10-20mm	30	31,6
	>20mm	6	6,3
Quá sản NMTC (n=13)			
Quá sản điển hình		13	100
Quá sản không điển hình		0	0.0
Dải dính (n=11)			
Toàn bộ		5	45,5
Một phần		6	54,5
U xơ tử cung dưới niêm mạc (n=4)			
Loại 0		1	25,0
Loại 1		2	50,0
Loại 2		1	25,0

Trong 95 trường hợp polyp NMTC, có 90,5% đơn polyp và 9,5% đa polyp. 11 trường hợp dải dính BTC có 5 dính toàn bộ BTC và 6 dính một phần. 13/13 trường hợp quá sản NMTC điển hình. Có 4 trường hợp UXTC dưới niêm mạc có 1 loại 0, 2 loại 1 và 1 loại 2.

Bảng 4. Xử trí khi soi buồng tử cung

Xử trí	n	%
Polyp		
Cắt bằng dụng cụ nội soi	84	88,4
Cắt bằng dụng cụ bào	11	11,6
Quá sản NMTC		
Cắt bằng dụng cụ bào	13	100,0
Nạo BTC	0	0,0
Dãi dính BTC		
Tách dính bằng áp lực đèn soi	3	27,3
Gỡ dính bằng dụng cụ nội soi	8	72,7
UXTC		
Không xử trí	1	25,0
Cắt một phần bằng dụng cụ nội soi	1	25,0
Cắt toàn bộ bằng dụng cụ nội soi	2	50,0

95 polyp BTC, 88,4% cắt bằng dụng cụ nội soi và 9,2% bằng dụng cụ bào. 13/13 quá sản NMTC được cắt niêm mạc bằng dụng cụ bào. 11 dính BTC, có 8 trường hợp gỡ dính bằng dụng cụ nội soi, 3 tách dính bằng áp lực đèn soi. 4 UXTC, có 2 trường hợp cắt toàn bộ, 1 trường hợp cắt 1 phần và 1 trường hợp không xử trí (vì u xơ quá to).

Với 263 bệnh nhân, có 152 trường hợp không có bệnh phẩm và 111 trường hợp có bệnh phẩm sau xử trí khi soi BTC, tất cả các trường hợp có bệnh phẩm được làm giải phẫu bệnh chẩn đoán. Kết quả phù hợp với chẩn đoán khi nội soi: 95 trường hợp là polyp BTC chiếm 42,2%; 13 trường hợp quá sản niêm mạc tử cung điển hình chiếm 4,9% và 3 trường hợp UXTC chiếm 1,1%.

IV. BÀN LUẬN

Siêu âm tử cung phần phụ và siêu âm bơm nước BTC là các kỹ thuật thăm khám thường quy trong hỗ trợ sinh sản. Trong kết quả của chúng tôi, với siêu âm thường quy phát hiện được 50/263 trường hợp bất thường BTC chiếm 19,0%, siêu âm bơm nước phát hiện 86/263 trường hợp bất thường chiếm 32,7%. Đối với soi BTC, phát hiện được 123/263 trường hợp chiếm 46,8%. Như vậy, soi BTC phát hiện được nhiều đặc điểm bất thường, chúng tôi ghi nhận được

36,1% polyp BTC, 4,9% quá sản NMTC, 4,2% có dãi dính, và 1,5% UXTC dưới niêm mạc ở bệnh nhân VS. Bên cạnh đó chúng tôi cũng ghi nhận chi tiết được các đặc điểm bất thường BTC về phân loại vách ngăn, số lượng polyp, phân loại quá sản niêm mạc.... So sánh với một số nghiên cứu khác, kết quả của tác giả Jain, K (2014) nghiên cứu 200 bệnh nhân VS, phát hiện tỷ lệ bất thường cao với 150/200 trường hợp (75%), 38,66% dính tử cung, 14,67% quá sản NMTC, 13,33% polyp NMTC, 13,33% u xơ dưới niêm mạc, 16,66% teo niêm mạc và 3,33% dị dạng [4]. Tác giả Vũ Thị Ngọc và cộng sự (2023), đánh giá kết quả soi BTC trên 98 bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, 48% VS không rõ nguyên nhân. Khi soi BTC, 55,1% bệnh nhân có bất thường BTC, trong đó thường gặp nhất là viêm NMTC (29.6%) [2]. Kết quả của chúng tôi cao hơn báo cáo của tác giả Nguyễn Quảng Bắc (2023), báo cáo kết quả soi BTC bệnh nhân VS tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương, với tỷ lệ bất thường BTC là 35,5%, trong đó dính BTC và polyp lần lượt 18,3 % và 9,2% [1]. Tác giả Xu, XX và cộng sự năm 2020, khảo sát tầm quan trọng của giá trị chẩn đoán và điều trị của nội soi ổ bụng và nội soi BTC ở 519 bệnh nhân VS không rõ nguyên nhân. Các bất thường vùng chậu là

466 (89,8%, 466/519) trường hợp. Lạc nội mạc tử cung vùng chậu kết hợp với dính, dính vùng chậu đơn thuần, u cơ tử cung và polyp khoang tử cung lần lượt là 72,4% (376/519), 12,3% (64/519), 3,7% (19/519) và 1,3% (7/519). Những bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là VS không rõ nguyên nhân nên được kiểm tra bằng nội soi buồng tử cung và nội soi ổ bụng [8].

Soi BTC phương pháp có thể phát hiện các tổn thương bệnh lý BTC mà các phương pháp chẩn đoán khác đã bỏ sót. Trên bệnh nhân VS tỷ lệ cao có bất thường BTC, đặc biệt ở những trường hợp VS không rõ nguyên nhân, có tiền sử sảy thai, hoặc có thất bại làm tổ liên tiếp.... thì chẩn đoán dựa trên soi BTC là rất cần thiết, để có thể có phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Trong quá trình soi BTC chẩn đoán, có kết hợp xử trí các bất thường, đối với polyp 88,4% cắt bằng dụng cụ nội soi và 9,2% bằng dụng cụ bào; các trường hợp quá sản NMTC được cắt bằng dụng cụ bào; trường hợp dính BTC, gỡ dính bằng dụng cụ nội soi hoặc tách dính bằng áp lực đèn soi, UXTC cắt bằng dụng cụ nội soi. Tác giả Nguyễn Quảng Bắc (2023) báo cáo các can thiệp có thể thực hiện khi soi BTC như gỡ dính BTC 18,3% và 22% trường hợp cắt polyp, sinh thiết niêm mạc và nạo BTC 5,8%, cắt vách ngăn 1,1%, cắt nhân xơ tử cung 0,4% [1]. Các kết quả giải phẫu bệnh đều phù hợp với chẩn đoán khi soi BTC. Việc xử trí các tổn thương tại BTC đã mang lại nhiều kết quả tích cực cho các cặp vợ chồng VS. Tác giả Huang, D và cộng sự năm 2019 báo cáo 13 ca bệnh với vách ngăn tử cung hoàn chỉnh, cổ tử cung đôi và vách ngăn âm đạo. Sử dụng kéo Metzenbaum, kéo vi phẫu dưới nội soi BTC, dao điện đơn cực để cắt dính. Các bệnh nhân đều có BTC bình thường, không hình thành sẹo sau 3 tháng phẫu thuật, có dính nhẹ giữa thành trước và sau tử cung ở 2 trường hợp. Sau phẫu thuật, có 13 trường hợp thụ thai tự nhiên ở 11 bệnh

nhân, và có 10 ca sinh. Tỷ lệ sinh con sống là 76,92%, tỷ lệ sảy thai sớm là 23,08%, tỷ lệ sinh mổ là 30%, tỷ lệ sinh thường là 70% và tất cả đều là sinh đủ tháng [3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá bước đầu về các đặc điểm bất thường BTC trên bệnh nhân VS, trong các nghiên cứu sau chúng tôi sẽ báo cáo sâu hơn về kết quả điều trị hiếm muộn sau nội soi BTC.

Đánh giá về tính an toàn của soi BTC thì tỷ lệ biến chứng được báo cáo rất khác nhau, tỷ lệ chung là 0,95%. Các biến chứng được báo cáo thường xuyên nhất là xuất huyết (2,4%), thủng tử cung (1,5%) và rách cổ tử cung (1–11%). Biến chứng có thể xảy ra với các thủ thuật phức tạp, đặc biệt nếu liên quan đến hẹp cổ tử cung, tử cung lệch vị trí, tử cung căng khó hoặc máu che khuất. Một nghiên cứu đa trung tâm lớn ở Đức bao gồm 21.676 ca phẫu thuật nội soi BTC, tỷ lệ biến chứng chung là 0,22%, biến chứng thường gặp nhất là thủng tử cung (0,12%), tiếp theo là quá tải dịch (0,06%), chảy máu (0,03%), tổn thương bàng quang hoặc ruột liên quan đến thủng tử cung (0,02%) và nhiễm trùng (0,01%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/226 trường hợp tai biến thủng tử cung cũng với tỷ lệ 0,4%.

V. KẾT LUẬN

Soi BTC là kỹ thuật phát hiện được nhiều bất thường buồng tử cung hơn siêu âm thường quy và siêu âm bơm nước tử cung ở bệnh nhân nữ vô sinh. Có thể kết hợp soi BTC và xử trí can thiệp với tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quảng Bắc, Đặng Quang Hùng (2023). Nhận xét kết quả soi buồng tử cung bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam;525(2): tr. 179 - 182.
2. Vũ Thị Ngọc, Lê Quang Đô, Nguyễn Minh Thuyết, Nguyễn Phúc Hiếu, Nguyễn Thị

- Xuân Quỳnh, Lã Thị Huyền, và cộng sự** (2023). Kết quả soi buồng tử cung ngoại trú trên bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Tạp chí Y học Việt Nam; 524(2): tr.16 -20.
3. **Huang D, Zhang L, Chen J, Zhang S.** (2019). The cervical function and pregnancy outcomes after hysteroscopic resection of the complete uterine septum, duplicate cervix and vaginal septum. Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery;2(2): pp. 31-33.
 4. **Jain K.** (2014). Role of laparoscopy-hysteroscopy in cases of infertility with pregnancy outcome. Journal of the Indian Medical Association;112(2): pp. 85- 88.
 5. **Moore JF, Carugno J.** Hysteroscopy [Updated 2023 Jul 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2023 [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564345/>].
 6. **Riemma G, Vitale SG, Manchanda R, Rathore A, Török P, De Angelis C, et al.** (2022). The role of hysteroscopy in reproductive surgery: Today and tomorrow. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction;51(4): pp. 1 - 8.
 7. **Serranito A. Operative Hysteroscopy Complications: IntechOpen;** 2022 [Available from: <https://www.intechopen.com/books/11866>].
 8. **Xu XX, Yu Qi, Sun AJ, Tian QJ, Chen Rong.** (2020). Clinical study of hysteroscopy combined with laparoscopy in the diagnosis and treatment of unexplained infertility. Zhonghua fu Chan ke za zhi;55(1): pp. 15-20.

THAY THỂ CHLORHEXIDINE BẰNG DẦU DỪA TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM NƯỚU DO MĂNG BÁM – TỪ CHỦ NGHĨA KINH NGHIỆM ĐẾN Y HỌC BẰNG CHỨNG

**Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Thanh Hoàng¹,
Nguyễn Đức Quỳnh Trang¹, Nguyễn Văn Minh¹**

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của liệu pháp súc miệng bằng dầu dừa so với Chlorhexidine (CHX) trong hỗ trợ điều trị viêm nướu do măng bám. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ngẫu nhiên không đối chứng trên 60 bệnh nhân viêm nướu do măng bám tại phòng khám Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế.

Bệnh nhân được hướng dẫn vệ sinh răng miệng, cạo cao và đánh bóng răng. Sau đó, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và chia thành 2 nhóm đối chứng: nhóm sử dụng dung dịch súc miệng chứa CHX 0.12% (nhóm 1 - chứng) và nhóm sử dụng dầu dừa súc miệng (nhóm 2 - thử nghiệm) và đánh giá kết quả sau 7 (T₁) và 14 ngày (T₂). **Kết quả:** Tại các lần tái khám, chỉ số măng bám (PII), tỷ lệ phần trăm chảy máu nướu (%BOP), chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI –S) và chỉ số nướu (GI) ở cả hai nhóm đều cải thiện so với trước điều trị (T₀), đồng thời không ghi nhận sự khác biệt kết quả giữa hai nhóm (p>0.05), ngoại trừ chỉ số nướu (GI) ở nhóm sử dụng dầu dừa súc miệng ở thời điểm T₂ giảm đáng kể so với nhóm sử dụng CHX (p<0.05). **Kết luận:** Hiệu quả điều trị của dầu dừa

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo
Email: ntpthao.rhm@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 24/7/2024
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024
Ngày duyệt bài: 02/10/2024

tương đương với CHX trong hỗ trợ điều trị viêm nướu do mảng bám. Như vậy, dầu dừa là vật liệu tự nhiên, an toàn, dễ tìm kiếm cũng như đạt được hiệu quả kinh tế, có thể thay thế CHX trong hỗ trợ điều trị viêm nướu do mảng bám.

Từ khóa: Viêm nướu do mảng bám, súc miệng bằng dầu, dầu dừa, chlorhexidine

SUMMARY

SUBSTITUTING CHLORHEXIDINE WITH COCONUT OIL IN THE SUPPORTIVE TREATMENT OF PLAQUE-INDUCED GINGIVITIS: FROM EMPIRICISM TO EVIDENCE-BASED MEDICINE

Aim: The study evaluated the efficacy of coconut oil mouth rinsing compared to Chlorhexidine (CHX) in the supportive treatment of plaque-induced gingivitis. **Subjects and Methods:** A randomized controlled trial was conducted on 60 patients diagnosed with plaque-induced gingivitis, who visited the Dental Clinic at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. Patients were instructed in oral hygiene, underwent scaling, and polishing. The sample was then randomly divided into two groups: one using a 0.12% CHX mouth rinse (Group 1 - control) and the other using coconut oil for rinsing (Group 2 - experimental). The results were evaluated after 7 (T_1) and 14 days (T_2). **Results:** At follow-up visits, plaque index (PI), percentage of bleeding on probing (%BOP), simplified oral hygiene index (OHI-S), and gingival index (GI) in both groups improved compared to the values prior to treatment (T_0), with no significant difference between the two groups ($p>0.05$), except for the gingival index (GI) in the coconut oil group at T_2 , which significantly decreased compared to the CHX group ($p<0.05$). **Conclusion:** The effect of coconut oil is comparable to CHX in the supportive treatment of plaque-induced gingivitis. Taken together, coconut oil is a natural, safe, and easily accessible material that is cost-effective and can substitute CHX in the supportive treatment of plaque-induced gingivitis.

Keywords: Plaque-induced gingivitis, oil pulling, coconut oil, chlorhexidine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nướu là tình trạng viêm khu trú trên bề mặt mô nha chu, các mô khác như xương ổ răng, dây chằng nha chu hay xê măng chân răng không bị ảnh hưởng. Nguyên nhân gây bệnh là do sự tích tụ mảng bám vi khuẩn ở quanh răng và nhất là khe nướu. Mảng bám vi khuẩn chính là yếu tố khởi phát và kéo dài phản ứng viêm. Các vi khuẩn tiết ra lipopolysaccharit (còn gọi là nội độc tố) hoặc axit lipoteichoic thúc đẩy phản ứng viêm trong mô nướu. Làm sạch mảng bám vi khuẩn được xem là yếu tố then chốt trong điều trị viêm nướu do mảng bám. Hiện nay, trên lâm sàng, quy trình điều trị phổ biến cho bệnh lý này bao gồm: giáo dục vệ sinh răng miệng, làm sạch mảng bám cơ học chuyên nghiệp tại phòng khám, cụ thể là cạo cao và đánh bóng răng, và sử dụng các dung dịch hoá học súc miệng hỗ trợ làm sạch mảng bám tại nhà [1].

Dầu dừa là một loại dầu được chế biến từ cơm dừa khô (hay còn gọi là cùi dừa). Từ xa xưa, nền y học Ayurveda cổ truyền Ấn Độ đã coi việc súc miệng bằng dầu (oil pulling) là một trong những cách tốt nhất để bảo vệ và ngăn ngừa các vấn đề sức khỏe răng miệng. Cách thực hiện rất đơn giản: sáng khi thức dậy và tối trước khi đi ngủ, dùng dầu dừa súc miệng trong vòng 15 - 20 phút, sau đó nhổ hết ra [2]. Có nhiều giả thuyết khác nhau về cơ chế mà súc miệng bằng dầu dừa có thể làm giảm tích tụ mảng bám và viêm nướu. Quá trình súc miệng bằng dầu dừa tạo lực cắt cơ học tác dụng lên dầu dẫn đến sự nhũ hóa, tạo thành lớp màng dầu phủ trên bề mặt của răng và nướu làm giảm sự bám dính của mảng bám vi khuẩn. Bên cạnh đó, độ đặc của dầu dừa khi súc miệng có thể ức chế vi khuẩn tích tụ, giúp ngăn ngừa hình thành mảng bám [2]. Dầu dừa có khả năng xà phòng hóa cao với khả năng tạo bọt tốt và tăng tác dụng làm sạch. Khi súc

miệng bằng dầu dừa, axit lauric trong dầu dừa có thể dễ dàng phản ứng với natri hydroxit trong nước bọt tạo thành natri laureat, đây là thành phần chính của xà phòng có tác dụng làm sạch và giảm tích tụ mảng bám [3]. Dầu dừa đã được chứng minh là có đặc tính kháng khuẩn, kháng vi rút, kháng nấm. Thành phần dầu dừa chứa 92% axit bão hòa, 49% trong số đó là axit lauric, là một axit béo bão hòa chuỗi trung bình. Chuỗi axit béo bão hòa này cùng các dẫn xuất có khả năng phá huỷ mảng lipid của nhiều loại vi khuẩn [4].

Mặc dù dầu dừa đã được ứng dụng trong chăm sóc sức khỏe răng miệng hàng ngàn năm qua, các nghiên cứu chứng minh hiệu quả của dầu dừa trong điều trị bệnh nướu ở Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Theo xu hướng hiện nay trên thế giới, các nhà khoa học đang nỗ lực tìm kiếm một vật liệu tự nhiên, an toàn và thân thiện thay thế CHX trong hỗ trợ điều trị viêm nướu do mảng bám. Với những lý do trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm so sánh hiệu quả của liệu pháp súc miệng bằng dầu dừa so với dung dịch chứa CHX trong hỗ trợ điều trị viêm nướu do mảng bám với mục tiêu tìm ra bằng chứng y học thuyết phục để minh chứng cho hiệu quả hỗ trợ của dầu dừa súc miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân viêm nướu do mảng bám tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng và có đối chứng. Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, đối tượng nghiên cứu được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm:

- Nhóm 1 (nhóm chứng): Sử dụng dung dịch chứa CHX 0.12% (n = 30).
- Nhóm 2 (nhóm thử nghiệm): Sử dụng dầu dừa súc miệng (n = 30).

Tại mỗi thời điểm theo dõi, đánh giá hiệu quả điều trị thông qua sự thay đổi các chỉ số nha chu giữa trước và sau điều trị ở các thời điểm. Quá trình nghiên cứu lâm sàng được thực hiện bởi nhóm bác sĩ Răng Hàm Mặt. Kiểm tra độ thống nhất, kiên định của người đánh giá với 10 bệnh nhân đạt chỉ số Kappa > 0,8.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Phiếu khám và các dụng cụ khám cơ bản (khay, gương, thám trầm, kẹp gấp), găng tay, mũ, khẩu trang, cây đo túi nha chu. Nước súc miệng HMU Chlorhexidine 0.12% (Công ty cổ phần Đông Nam dược Nguyễn Thiệu - Đại học Y Hà Nội nghiên cứu và phát triển). Dầu dừa ép lạnh Vietcoco tinh khiết (Công ty trách nhiệm hữu hạn chế biến dừa Lương Quới).

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng Independent sample t-test để so sánh các chỉ số giữa các nhóm khác nhau ở cùng thời điểm. Sử dụng Pair sample t - test để so sánh các chỉ số của một nhóm ở hai thời điểm khác nhau. Giá trị $p < 0.05$ thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được cho phép và cấp kinh phí thực hiện bởi Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế theo hợp đồng triển khai thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường do bệnh viện trường hỗ trợ kinh phí năm 2024 với mã số 29BV/24.

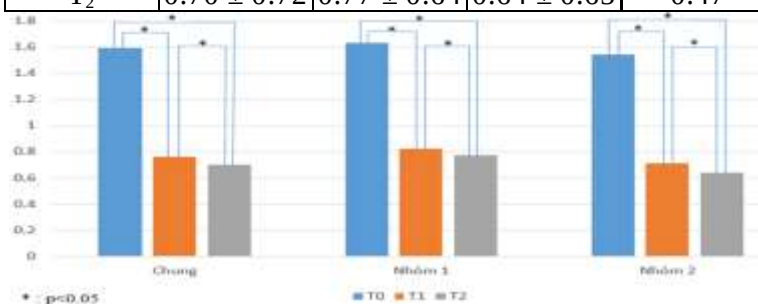
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

60 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm nướu do mảng bám theo 1 trong 2 quy trình điều trị như trên trong thời gian 14 ngày, không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào gặp các tác dụng phụ nào đáng kể (dị ứng, kích ứng, buồn nôn, rối loạn tiêu hoá...) và không có trường hợp nào bỏ điều trị.

3.1. Đánh giá sự thay đổi chỉ số mảng bám PII

Bảng 3.1. Chỉ số mảng bám PII ở từng thời điểm nghiên cứu

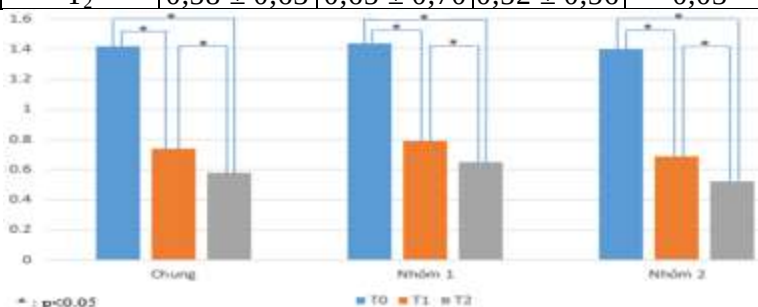
PII \ Nhóm	Chung	Nhóm 1	Nhóm 2	p
T ₀	1.59 ± 0,40	1.63 ± 0.43	1.54 ± 0.38	0.43
T ₁	0.76 ± 0.71	0.82 ± 0.82	0.71 ± 0.74	0.57
T ₂	0.70 ± 0.72	0.77 ± 0.64	0.64 ± 0.65	0.47



3.2. Đánh giá sự thay đổi chỉ số nước GI

Bảng 3.2. Chỉ số nước GI ở từng thời điểm nghiên cứu

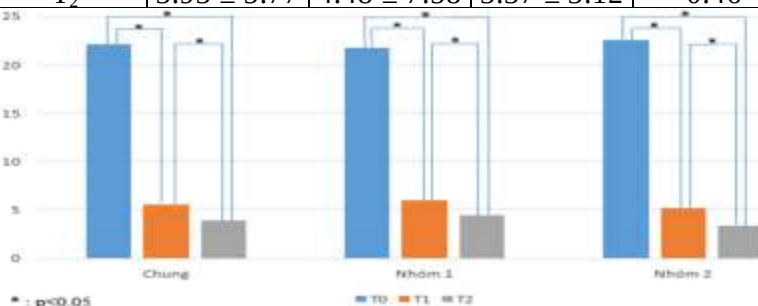
PII \ Nhóm	Chung	Nhóm 1	Nhóm 2	p
T ₀	1,42 ± 0,38	1,44 ± 0,43	1,40 ± 0,34	0,20
T ₁	0,74 ± 0,71	0,79 ± 0,76	0,69 ± 0,65	0,19
T ₂	0,58 ± 0,63	0,65 ± 0,70	0,52 ± 0,56	0,03



3.3. Đánh giá sự thay đổi tỷ lệ phần trăm chảy máu nướu khi thăm dò (%BOP)

Bảng 3.3. Tỷ lệ phần trăm chảy máu nướu khi thăm dò %BOP ở từng thời điểm nghiên cứu

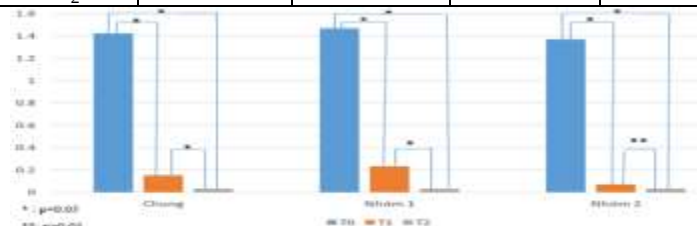
%BOP \ Nhóm	Chung	Nhóm 1	Nhóm 2	p
T ₀	22.15 ± 8.60	21.75 ± 9.69	22.55 ± 7.50	0.72
T ₁	5.58 ± 6.17	6.03 ± 7.88	5.14 ± 3.89	0.58
T ₂	3.93 ± 5.77	4.48 ± 7.58	3.37 ± 3.12	0.46



3.4. Đánh giá sự thay đổi tình trạng vệ sinh răng miệng thông qua chỉ số OHI- S

Bảng 3.4. Chỉ số OHI-S ở từng thời điểm nghiên cứu

Nhóm OHI-S	Chung	Nhóm 1	Nhóm 2	p
T ₀	1.42 ± 0.56	1.47 ± 0.51	1.37 ± 0.62	0.50
T ₁	0.15 ± 0.36	0.23 ± 0.43	0.07 ± 0.25	0.07
T ₂	0.03 ± 0.18	0.03 ± 0.18	0.03 ± 0.18	1.00



IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, đánh giá chung ở cả hai nhóm, PII trước điều trị là 1.59 ± 0.40 , giảm có ý nghĩa thống kê ở cả 2 thời điểm tái khám: T₁ là 0.76 ± 0.71 và T₂ là 0.70 ± 0.72 (Pair sample t - test; $p < 0.05$). Tương tự, GI trước điều trị là 1.42 ± 0.38 , giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) so với 2 thời điểm tái khám T₁ là 0.74 ± 0.71 và T₂ 0.58 ± 0.63 . Chảy máu nướu khi thăm dò được xem là một trong những dấu hiệu viêm nhiễm sớm nhất của viêm nướu do mảng bám, đặc điểm này cũng giúp xác định tổn thương hoạt động hay không hoạt động [2]. Trong nghiên cứu này, BOP% đã được cải thiện sau cả 2 quy trình điều trị như trên, trong đó, BOP% trước điều trị là 22.15 ± 8.60 giảm có ý nghĩa thống kê so với T₁ là 15.58 ± 6.17 và T₂ là 3.93 ± 5.77 ($p < 0.05$). Ngoài ra, một chỉ số quan trọng để đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng của bệnh nhân là chỉ số OHI-S của Green và Vermillion. Kết quả từ bảng 3.4, OHI-S trước điều trị ở cả 2 nhóm (chung) là 1.42 ± 0.56 giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) so với T₁ là 0.15 ± 0.36 và T₂ là 0.03 ± 0.18 . Một nghiên cứu ở Ý trên 20 bệnh nhân từ 18 tuổi được chia thành hai nhóm: nhóm súc miệng bằng dầu dừa và nhóm không sử dụng dung dịch súc miệng. Sau 30 ngày, các chỉ số mảng bám và chảy máu nướu ở nhóm nghiên cứu lần lượt giảm

đáng kể từ 58,0 xuống 19,3 và 33,5 xuống 5,0. Trong khi đó, ở nhóm chứng, các giá trị lần lượt giảm từ 53,9 xuống 29,1 và từ 33,5 xuống 16,2. Hơn nữa, không có tác dụng phụ đáng kể nào được báo cáo trong liệu pháp súc miệng bằng dầu dừa [5]. Nghiên cứu ở Anh năm 2020 thực hiện trên 42 bệnh nhân súc miệng bằng dầu dừa trong khoảng từ 7 đến 14 ngày cho kết quả: giảm số lượng vi khuẩn trong nước bọt và giảm chỉ số mảng bám, nghiên cứu cho rằng đây có thể một biện pháp bổ sung cải thiện sức khỏe răng miệng và tình trạng vệ sinh răng miệng [6]. Một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng được thực hiện ở Ấn Độ năm 2016 trên 60 bệnh nhân được chia thành 3 nhóm (nhóm A: súc miệng bằng 10 ml dầu dừa trong 10 phút, nhóm B: súc miệng bằng 5ml Chlorhexidine (CHX) trong 1 phút và nhóm C: nhóm đối chứng khi cho bệnh nhân súc miệng bằng 5ml nước cất trong 1 phút vào mỗi buổi sáng trước khi đánh răng). Kết quả đo đặc mức độ vi khuẩn hình thành mảng bám trong miệng trước và sau điều trị cho thấy số lượng vi khuẩn S. mutans giảm đáng kể ở hai nhóm súc miệng bằng dầu dừa và nhóm sử dụng CHX. Nghiên cứu cũng cho rằng súc miệng bằng dầu dừa có thể là một giải pháp thay thế an toàn và hiệu quả cho CHX [7].

Ngoài ra, trong nghiên cứu này, các chỉ số nha chu PII, GI, BOP và OHI-S ghi nhận

trên hai nhóm bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên trước điều trị (T_0) không có sự khác biệt (Independent sample t-test, $p > 0.05$). Ở các thời điểm tái khám T_1 và T_2 , hầu như không ghi nhận sự khác biệt về chỉ số nha chu giữa 2 nhóm, trừ trường hợp ở lần tái khám T_2 , GI ở nhóm sử dụng dung dịch súc miệng bằng dầu dừa thấp hơn so với nhóm sử dụng dung dịch chứa CHX 0.12% ($p < 0.05$). Tổng hợp những kết quả này có thể kết luận rằng, quy trình điều trị viêm nướu do mảng bám với giáo dục vệ sinh răng miệng, làm sạch cơ học chuyên nghiệp, và hỗ trợ bằng dầu dừa súc miệng đạt được hiệu quả lâm sàng, đồng thời, hiệu quả này có thể xem là tương đương với quy trình điều trị viêm nướu do mảng bám thông thường sự hỗ trợ của CHX 0.12%.

CHX là một chất khử trùng phổ rộng được sử dụng rộng rãi trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là trong súc miệng để kiểm soát vi khuẩn. CHX được xem là tiêu chuẩn vàng trong việc ức chế thành lập mảng bám và giảm viêm nướu. CHX hấp thu kém qua đường tiêu hóa và độc tính rất thấp. Tuy nhiên, nhược điểm của CHX khi sử dụng lâu dài sẽ làm thay đổi vị giác và tạo ra vết ố màu nâu trên răng rất khó loại bỏ. Niêm mạc miệng và lưỡi có thể cũng bị ảnh hưởng do sự kết tủa các thành phần thức ăn và tạo thành các hợp chất có màu bám dính, ngoài ra, một số trường hợp ghi nhận dung dịch súc miệng chứa CHX có thể gây khô miệng hay kích ứng vị giác của bệnh nhân [8]. Trong khi đó, dầu dừa là một loại dầu hữu cơ rất phổ biến trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Những tác dụng phụ gây ra do dầu dừa hiếm khi được ghi nhận, chủ yếu liên quan đến việc uống quá nhiều dầu dừa gây dị ứng, kích ứng dạ dày, tắc nghẽn đường tiêu hóa hay tăng cân, tuy nhiên, trong nghiên cứu này, bệnh nhân đã được giải thích rõ và hướng dẫn quy trình súc miệng với dầu dừa, tuyệt đối không nuốt trong quá trình súc,

cũng như sau khi nhổ bỏ, bệnh nhân được hướng dẫn súc miệng lại một lần nữa bằng nước sạch. So sánh với CHX, dầu dừa súc miệng được xem là một sản phẩm tự nhiên, không chứa hóa chất tổng hợp, nên an toàn cho người sử dụng và ít gây kích ứng hơn so với CHX. Dầu dừa chứa các axit béo như axit lauric, có khả năng kháng khuẩn và kháng viêm tự nhiên, giúp giảm viêm nướu và không làm thay đổi màu răng như CHX. Ngoài ra, trong khi CHX có thể gây khô miệng khi sử dụng trong thời gian dài, dầu dừa lại có hiệu quả giữ ẩm cho miệng và nướu. Ngoài ra, dầu dừa có hương vị tự nhiên, dễ chịu hơn so với mùi hương đặc trưng và vị đắng của CHX, làm cho việc sử dụng hàng ngày trở nên dễ dàng hơn. Đặc biệt, trong điều kiện nước ta hiện nay, dầu dừa dễ dàng tìm thấy, tiếp cận và có chi phí thấp hơn nhiều so với CHX, làm cho nó trở thành một lựa chọn an toàn, kinh tế và tiện lợi cho nhiều người.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù súc miệng bằng dầu dừa là một phương pháp điều trị và duy trì sức khỏe răng miệng được sử dụng trong hàng ngàn năm qua ở Ấn Độ và các nước châu Á khác, trong đó có Việt Nam, những bằng chứng khoa học cho việc ứng dụng này vẫn còn nhiều hạn chế. Trong nghiên cứu này, cả hai quy trình điều trị viêm nướu có hỗ trợ dung dịch súc miệng chứa CHX và dầu dừa đều cho thấy hiệu quả cải thiện tình trạng viêm, đồng thời, nhìn chung, không ghi nhận sự khác biệt khi so sánh các chỉ số nha chu liên quan của 2 nhóm điều trị ở từng thời điểm, trừ chỉ số nướu GI ở thời điểm tái khám thứ hai T_2 , nhóm sử dụng dầu dừa súc miệng có ưu thế làm giảm độ trầm trọng của viêm nướu so với nhóm sử dụng CHX 0.12%. Tóm lại, quy trình điều trị bao gồm giáo dục vệ sinh răng miệng, cạo cao, đánh bóng răng và súc miệng bằng dầu dừa là một phương

pháp an toàn, hiệu quả, thân thiện với người dùng và có thể áp dụng lâu dài với rất ít tác dụng phụ. Phương pháp này không chỉ mang lại hiệu quả kinh tế, tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân mà còn đạt hiệu quả tương đương với quy trình điều trị viêm nướu có sử dụng dung dịch CHX 0.12%.

VI. KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu này đóng vai trò như một nghiên cứu thí điểm trong việc đánh giá tiềm năng của dầu dừa thay thế CHX trong hỗ trợ điều trị viêm nướu do mảng bám. Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm cung cấp thêm bằng chứng khoa học hiện đại, từ đó mở đường cho việc ứng dụng dầu dừa rộng rãi trong lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bích Vân** (2021), "Nướu răng, Một số chỉ số nha chu dùng trong nghiên cứu, Mảng bám răng, Những dấu chứng đặc trưng của viêm nướu", Nha chu học, tập 1, NXB Y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr 11-20, 59-62, 65-71, 201-206.
2. **Ripari F., Filippone F., Zumbo G., Covello F., Zara F., Voza I.** (2020), "The Role of Coconut Oil in Treating Patients Affected by Plaque-Induced Gingivitis: A Pilot Study", *European Journal of Dentistry*, 14(4), pp. 558-565.
3. **Shanbhag V.K.** (2016), "Oil pulling for maintaining oral hygiene - A review", *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 7(1), pp. 106-109.
4. **Hewlings S.** (2020), "Coconuts and Health: Different Chain Lengths of Saturated Fats Require Different Consideration", *Journal of Cardiovascular Development Disease*, 7(4), pp. 59.
5. **Ripari F., Filippone F., Zumbo G., Covello F., Zara F., Voza I.** (2020), "The Role of Coconut Oil in Treating Patients Affected by Plaque-Induced Gingivitis: A Pilot Study", *European Journal of Dentistry*, 14(4), pp. 558-565.
6. **Woolley J., Gibbons T., Patel K., Sacco R.** (2020), "The effect of oil pulling with coconut oil to improve dental hygiene and oral health: A systematic review", *Heliyon*, 6(8), pp. e04789.
7. **Kaushik M., et al.** (2016), "The effect of coconut oil pulling on Streptococcus mutans count in saliva in comparison with chlorhexidine mouthwash", *Journal of Contemporary Dental Practice*, 17 (1), pp. 38-41.
8. **James P., Worthington H.V., Parnell C., Harding M., Lamont T., Cheung A., Whelton H., Riley P.** (2017), "Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health", *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), pp. CD008676.

NGHIÊN CỨU SỰ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC LOẠI VI KHUẨN GÂY BỆNH THƯỜNG GẶP PHÂN LẬP ĐƯỢC TỪ MẪU BỆNH PHẨM MỦ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y-DƯỢC HUẾ NĂM 2023

Trần Đình Bình¹, Phan Văn Bảo Thắng¹, Nguyễn Thị Quỳnh Hạnh²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu sự đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp phân lập được từ bệnh phẩm mủ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế năm 2023 nhằm đánh giá sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 311 chủng vi khuẩn từ bệnh phẩm mủ có kết quả làm kháng sinh đồ tại bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế năm 2023. Những bệnh nhân có kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính và có kết quả kháng sinh đồ lần đầu tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế trong 8 tháng từ tháng 01/5/2023 đến tháng 31/12/2023. **Kết quả:** 311 chủng vi khuẩn phân lập được ở bệnh phẩm mủ, gồm 31 loài vi khuẩn, trong đó 3 loài gây bệnh thường gặp nhất là *S.aureus* 36,3%, *E.coli* 15,8%, *P.aeruginosa* 14,5%. *E.coli* đề kháng với cefuroxime 100,0%, nhưng còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh như amikalin 100,0%, piperacillin+tazobactam chiếm 100,0%, tỷ lệ sinh ESBL 46,9%. đề kháng penicillin 95,4%, cefepime 77,5%, oxacillin 74,8%, erythromycin 72,6%, ngoài ra *Staphylococcus aureus* vẫn còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh như linezolid 100,0%, chloramphenicol 98,7%, MRSA có tỷ lệ cao 75,2%. *P.aeruginosa* đề

kháng với kháng sinh piperacillin+tazobactam 33,3%, nhạy cảm với kháng sinh ticarcillin+clavu 100,0%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu định hướng cho chỉ định kháng sinh kinh nghiệm khi gặp phải các nhiễm trùng vết mổ, vết thương trên bệnh nhân ở bệnh viện Đại học Y-Dược Huế và có thể ở các bệnh viện khác.

Từ khóa: *S.aureus*, *E.coli*, bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế, kháng kháng sinh, gây bệnh

SUMMARY

STUDY ON ANTIBIOTIC RESISTANCE OF COMMON PATHOGEN BACTERIA ISOLATED FROM PUS SPECIMENS AT HUE UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Objectives: Research on antibiotic resistance of common pathogen bacteria isolated from pus samples at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2023 to evaluate the antibiotic resistance of these bacteria. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 311 bacterial strains from pus specimens with antibiogram results at Hue University Hospital in 2023. Patients with definite culture results in positive bacteria list and first antibiogram results at the Department of Microbiology, Hue University Hospital for 8 months from May 1, 2023 to December 31, 2023. **Results:** 311 bacterial strains were isolated in pus specimens, including 31 bacterial species, of which the 3 most common pathogenic species are *S.aureus* 36.3%, *E.coli* 15.8%, *P.aeruginosa* 14.5%. *E.coli* is 100.0% resistant to cefuroxime, but is also sensitive to some antibiotics such as amikalin 100.0%, piperacillin+tazobactam accounts for 100.0%, ESBL production rate is 46.9%. resistant

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Bình

Email: tdbinh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 09/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

to penicillin 95.4%, cefepime 77.5%, oxacillin 74.8%, erythromycin 72.6%, in addition *Staphylococcus aureus* is still sensitive to some antibiotics such as linezolid 100.0%, chloramphenicol 98, 7%, MRSA has a high rate of 75.2%. *P.aeruginosa* was resistant to the antibiotic piperacillin+tazobactam 33.3%, sensitive to the antibiotic ticarcillin+clavu 100.0%. **Conclusion:** The research results guide the prescription of empirical antibiotics when encountering surgical and wound infections in patients at Hue University of Medicine and Pharmacy hospital and possibly in other hospitals.

Keywords: *S.aureus*, *E.coli*, Hue University of Medicine and Pharmacy hospital, antibiotic resistance, pathogen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết thương, vết mổ, vết bỏng và các loại áp xe... nói chung là những nhiễm khuẩn khá thường gặp và nhiễm khuẩn bệnh viện vết mổ là một biến chứng thường gặp trong ngoại khoa, không chỉ gây tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện mà còn có thể dẫn đến thất bại của cuộc mổ, thậm chí còn gây tử vong. Nhiễm khuẩn bệnh viện vết mổ làm tăng nguy cơ lây nhiễm chéo trong bệnh viện và tạo ra các chủng vi khuẩn có khả năng đề kháng kháng sinh cao gây khó khăn cho điều trị. Bệnh phẩm mủ là sản phẩm hay biểu hiện phổ biến của các loại nhiễm khuẩn này vì mủ là sản phẩm của quá trình viêm, đặc biệt là những ổ viêm nhiễm, nhiễm trùng do vi khuẩn... là chất dịch có màu vàng, trắng đục hay màu xanh... tùy theo đặc trưng sinh sắc tố của từng loại vi khuẩn. Mủ chứa protein, các bạch cầu thoái hóa, xác vi khuẩn lẫn cả vi khuẩn sống... Các tác nhân gây nhiễm khuẩn sinh mủ thường gặp gồm cầu khuẩn Gram (+) như *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), các trực khuẩn Gram (-) như các vi khuẩn thuộc họ vi khuẩn đường ruột Enterobacteraeae thường khu trú trong ống tiêu hóa, bao gồm *Escherichia coli* (*E. coli*), *Proteus*,

Klebsiella... và các vi khuẩn không thuộc họ vi khuẩn đường ruột hay gặp là *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus*... là những vi khuẩn có tính kháng kháng sinh rất mạnh [1]. Theo nghiên cứu của tác giả Claudia Truppa và cộng sự vào năm 2020 về Tình trạng kháng kháng sinh của nước ở Trung Đông, tỷ lệ *S. aureus* kháng methicillin trung bình là 45,1%. Tỷ lệ kháng carbapenem của *Acinetobacter spp* là 74,2%, khả năng sản xuất ESBL ở *E.coli* là 32,3% và 8,1% kháng carbapenem. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *K. pneumoniae* trung bình là 15,4% [2]. Theo tác giả Đặng Như Phồn năm 2020 về nhiễm khuẩn vết mổ tại trung tâm chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung Ương Huế tỷ lệ vi khuẩn *S.aureus* phân lập được là 32,3% và tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* phân lập được là 16,1% và các chủng vi khuẩn này đề kháng nhiều loại kháng sinh ở tỷ lệ cao [3]. Để mô tả tỷ lệ và phân bố của vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở các nhiễm trùng sinh mủ, tính kháng thuốc, đặc biệt là ở các nhiễm khuẩn vết mổ, vết thương chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm mủ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 311 chủng vi khuẩn từ bệnh phẩm mủ có kết quả làm kháng sinh đồ trong 8 tháng từ tháng 01/5/2023 đến tháng 31/12/2023 tại bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các chủng vi khuẩn phân lập được từ mẫu bệnh phẩm mủ của bệnh nhân đang được điều trị tại bệnh viện. Những chủng vi khuẩn phân lập trên bệnh nhân có kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính và có kết quả kháng sinh đồ lần đầu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những chủng vi khuẩn phân lập trên bệnh nhân có chỉ định nuôi cấy định danh vi khuẩn và làm KSD lần thứ 2,3 với cùng 1 loại bệnh phẩm. Những chủng vi khuẩn phân lập trên bệnh nhân chỉ có kết quả nuôi cấy mà không có kết quả KSD và các mẫu khác không cung cấp đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu. Các chủng vi khuẩn quá ít và chỉ thực hiện kháng sinh đồ chỉ 1-2 chủng không đưa vào xử lý số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu ngẫu nhiên thuận tiện trong thời gian nghiên cứu từ 1/5/2023 – 31/12/2023 gồm 271 bệnh nhân, phân lập được 311 chủng vi khuẩn từ bệnh phẩm mủ.

2.2.3. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

Nuôi cấy, phân lập từ mẫu nghiệm mủ theo thường quy của khoa Vi sinh, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Định danh vi khuẩn dựa vào các tính chất sinh vật học là hình thể, tính chất bắt màu, tính chất nuôi cấy, tính chất sinh vật hoá học bằng bộ kit API.

Kỹ thuật thực hiện kháng sinh đồ bằng phương pháp Kirby-Bauer và đọc kết quả kháng sinh đồ theo hướng dẫn của CLSI cho từng loại vi khuẩn [4]. Cụ thể là: Nhạy cảm: Vòng tròn vô khuẩn quanh khoanh KS có đường kính lớn hơn hoặc bằng với tiêu chuẩn của CLSI. Trung gian: Có vòng tròn vô khuẩn quanh khoanh giấy KS những đường kính nhỏ hơn tiêu chuẩn của CLSI. Đề kháng: Không có vòng tròn vô khuẩn quanh khoanh giấy KS.

Kỹ thuật phát hiện β -lactame phổ rộng (ESBL) là phương pháp đĩa kết hợp (combination disc test): Thực hiện kháng sinh đồ bằng phương pháp khuếch tán. Đặt 2 cặp kháng sinh (ceftazidime/ clavulanic acid); (ceftazidime) và (cefotaxime); (cefotaxime/clavulanic acid) trên cùng một đĩa thạch. ESBL (+) khi hiệu số đường kính vòng

vô khuẩn $\geq 5\text{mm}$ của một trong hai cặp kháng sinh: Đường kính (ceftazidime/ clavulanic acid) – Đường kính (ceftazidime) $\geq 5\text{mm}$. Đường kính (cefotaxime/clavulanic acid) - Đường kính (cefotaxime) $\geq 5\text{mm}$. ESBL (-) khi hiệu số đường kính vòng vô khuẩn $< 5\text{mm}$ của đồng thời cả hai cặp kháng sinh trên [4].

Kỹ thuật kháng sinh đồ phát hiện MRSA: Phương pháp xét nghiệm pha loãng trên thạch, môi trường khoanh giấy khuếch tán với oxacillin: trong môi trường Muller-Hinton Agar với 4% NaCl và nồng độ kháng sinh Oxacillin 6 $\mu\text{g/mL}$. Kết quả phát hiện >1 khuẩn lạc hoặc khuẩn lạc tạo thành một lớp mỏng khó phát hiện là kháng oxacillin [4].

Kiểm tra chất lượng kháng sinh đồ: sử dụng chủng chuẩn quốc tế *S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922 và *P. aeruginosa* ATCC 27853. Chủng chứng kiểm tra chất lượng phát hiện ESBL là *E. coli* ATCC 25922.

2.4. Phân tích dữ liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2016 và được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả thông tin của bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật, thông tin được xử lý dưới hình thức số liệu, không nêu danh cá nhân và không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các loài vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm mủ

Bảng 3.1. Tỷ lệ các loại vi khuẩn phân lập được

Loài vi khuẩn	n	%
<i>S.aureus</i>	113	36,3
<i>E.coli</i>	49	15,8
<i>P.aeruginosa</i>	45	14,5
<i>Enterococcus spp</i>	24	7,7
<i>Enterobacter spp</i>	21	6,8
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	12	3,9
Các loài vi khuẩn khác*	47	15,0
Tổng	311	100,0

Các loài vi khuẩn khác*: *Proteus mirabilis*, *Streptococcus beta-hemolytic*, *Acinetobacter baumannii*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus group D*, *Enterobacter aerogenes*... Trong tổng số 311 chủng vi khuẩn thuộc 31 loài vi khuẩn phân lập được tại các khoa phòng tại bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế, 6 loài vi khuẩn thường gặp là *S. aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất 36,3%, đứng thứ hai là *E.coli* chiếm 15,8%, tiếp theo là *P.aeruginosa* chiếm 14,5%, *Enterococcus spp* chiếm 7,7%, *Enterobacter spp* chiếm 6,8%, *K. pneumonia* chiếm 3,9%, còn lại là các loài vi khuẩn khác (15,0%).

3.2. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp

Bảng 3.2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Escherichia coli*

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ (%)
Ceftazidime	36	16	44,4
Cefoxitin	9	3	33,3
Cefuroxime (đường tiêm)	4	4	100,0,0
Cefuroxime (đường uống)	40	26	65,0
Cefazolin	8	5	62,5
Ceftriaxone	32	21	65,6
Cefotaxime	44	30	68,2
Cefepime	18	7	38,9
Ceftazidime-avibactam	10	1	10,0
Ampicillin+Sulbactam	21	5	23,8
Ampicillin	47	41	87,2
Amoxicillin+a.clavulanic	35	13	37,1
Meropenem	30	4	13,3
Imipenem	42	5	11,9
Ertapenem	24	1	4,2
Amikalin	28	0	0
Tobramycin	27	12	44,4
Gentamycin	45	20	44,4
Piperacillin+Tazobactam	11	0	0
Ciprofloxacin	9	2	22,2
Levofloxacin	44	23	52,3
Trimethoprim-sulfta	28	18	64,3
Tetracyclin	6	2	33,3
ESBL (+)	49	23	46,9

Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* đề kháng với các kháng sinh như cefuroxime 100,0%, ampicillin 87,2%, cefotaxime 68,2%, levofloxacin 52,3%, cefazolin 62,5% và nhạy cảm với một số loại kháng sinh như amikalin 100,0%, piperacillin+tazobactam 100,0%, tỷ lệ sinh ESBL 46,9%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Staphylococcus aureus*

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ (%)
Cefoxitin	112	86	76,8
Penicillin	109	104	95,4
Oxacillin	111	83	74,8
Cefepime	111	86	77,5
Gentamycin	13	5	38,5

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ (%)
Clarithromycin	8	3	37,5
Erythromycin	113	82	72,6
Trimethoprim-sulfta	58	11	19,0
Chloramphenicol	78	1	1,3
Doxycycline	106	3	2,8
Tetracyclin	72	29	40,3
Minocycline	38	3	7,9
Linezolid	97	0	0
MRSA (+)	113	85	75,2

Tỷ lệ *Staphylococcus aureus* đề kháng penicillin 95,4%, cefepime 77,5%, oxacillin 74,8%, erythromycin 72,6%, ngoài ra *Staphylococcus aureus* vẫn còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh như linezolid 100,0%, chloramphenicol 98,7%. MRSA có tỷ lệ cao chiếm tới 75,2%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa*

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ (%)
Ceftazidime	37	10	27,0
Cefepime	18	5	27,8
Ceftazidime-avibactam	30	8	26,7
Imipenem	45	13	28,9
Meropenem	44	13	29,5
Tobramycin	44	11	25,0
Gentamycin	25	8	32,0
Amikalin	26	7	26,9
Ticarcillin+Clavu	6	0	0
Piperacillin+Tazobactam	6	2	33,3
Ciprofloxacin	40	11	27,5
Levofloxacin	21	8	38,1

Pseudomonas aeruginosa đề kháng với kháng sinh piperacillin+tazobactam 33,3%, nhạy cảm với một số kháng sinh ticarcillin+clavu 100,0%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn *Enterococcus spp*

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ (%)
Penicillin	23	3	13,0
Ampicillin	23	3	13,0
Gentamycin	23	5	21,7
Erythromycin	5	4	80,0
Chloramphenicol	3	1	33,3
Doxycycline	4	2	50,0
Tetracyclin	3	3	100,0
Linezolid	21	3	14,3
Vancomycin	19	2	10,5

Enterococcus spp đề kháng với tetracyclin 100,0%, erythromycin 80,0%, nhạy cảm với vancomycin 90%, penicillin 87,0%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn *Enterobacter spp*

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ %
Ampicillin	21	21	100,0
Ampicillin+Sulbactam	8	8	100,0
Amoxicillin-a.clavulanic	15	14	93,3
Ceftazidime	17	7	41,2
Cefepime	6	1	16,7
Ceftazidime-avibactam	3	1	33,3
Cefoxitin	3	2	66,7
Cefuroxime	19	11	57,9
Ceftriaxone	10	4	40,0
Cefotaxime	20	11	55,0
Amikalin	15	1	6,7
Tobramycin	12	3	25,0
Gentamycin	18	8	44,4
Imipenem	18	4	22,2
Ertapenem	13	4	30,8
Meropenem	12	6	50,0
Ciprofloxacin	6	2	33,3
Ciprofloxacin	6	2	33,3
Levofloxacin	18	8	44,4
Trimethoprim-sulfta	10	4	40,0

Enterobacter spp đề kháng với kháng sinh ampicillin 100,0%, ampicillin+sulbactam 100,0%, amoxicillin-a.clavulanic 93,3%, nhạy cảm với kháng sinh amikacin 93,3%.

Bảng 3.12. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của chủng vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae*

Loại kháng sinh	Tổng số chủng thử	Số chủng đề kháng	Tỷ lệ %
Ampicillin	11	11	100,0
Ampicillin+Sulbactam	6	2	33,3
Amoxicillin-a.clavulanic	7	2	28,6
Ceftriaxone	6	1	16,7
Cefuroxime	7	3	42,9
Cefotaxime	11	3	27,3
Ceftazidime	10	2	20,0
Cefepime	4	0	0
Imipenem	11	2	18,2
Ertapenem	5	0	0
Meropenem	5	2	40,0
Amikalin	7	2	28,6
Tobramycin	7	2	28,6
Gentamycin	10	0	0
Ciprofloxacin	3	0	0
Levofloxacin	12	2	16,7
Trimethoprim-sulfta	8	4	50,0
ESBL (+)	2	2	100,0

Klebsiella pneumoniae đề kháng với kháng sinh ciprofloxacin 100,0%, kháng sinh ampicillin 100,0%, nhạy cảm với meropenem 100,0%, gentamycin 100,0%,

Cefepime 100,0%, Ertapenem 100,0%,. Trong số 2 chủng *Klebsiella pneumoniae*, cả 2 chủng đều sinh enzym ESBL (100,0,0%).

IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình nuôi cấy vi sinh vật, việc phân lập đóng vai trò quan trọng. Phân lập và nuôi cấy vi sinh vật là phương pháp quan trọng được sử dụng để chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây ra bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế đã phân lập được 311 chủng vi khuẩn ở bệnh phẩm mủ, gồm 31 chủng vi khuẩn, trong đó 6 loài vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *S.aureus* với 36,3%, tiếp đó là *E.coli* chiếm 15,8%, *P.aeruginosa* chiếm 14,5%, *Enterococcus* spp chiếm 7,7%, *Enterobacter* spp chiếm 6,8%, *Klebsiella pneumoniae* chiếm 3,9% và còn lại là các loài vi khuẩn khác. Một nghiên cứu của Đặng Như Phồn năm 2020 về nhiễm khuẩn vết mổ tại trung tâm chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung Ương Huế tỷ lệ vi khuẩn *S.aureus* phân lập được là 32,3% và tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* phân lập được là 16,1% [3] thì kết quả này của chúng tôi tương đương. Các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng vết mổ, vết thương thường gặp phổ biến là *S.aureus*, *E.coli* và *P.aeruginosa* ở các bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật thực hiện kháng sinh đồ bằng phương pháp Kirby-Bauer và đọc kết quả kháng sinh đồ theo hướng dẫn của CLSI cho từng loại vi khuẩn [4]. Loại đĩa kháng sinh và số chủng vi khuẩn thử kháng sinh đồ rất thay đổi theo loại vi khuẩn phân lập được, theo tình hình sử dụng kháng sinh thực tế tại bệnh viện nên sẽ có khác biệt về số chủng thực hiện kháng sinh đồ trong từng loại vi khuẩn. Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* đề kháng với các kháng sinh như cefuroxime 100,0%, ampicillin 87,2%, cefotaxime 68,2%, levofloxacin 52,3%, cefazolin 62,5% và nhạy cảm với một số loại kháng sinh như amikalin 100,0%,

piperacillin+tazobactam 100,0%, tỷ lệ sinh ESBL 46,9%. Tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL ở Nam Á trong nghiên cứu của tác giả Kamrul Islam và cộng sự, *E.coli* sinh beta-lactamase phổ rộng năm 2021 là 33% [5]. Tương tự, theo nghiên cứu của Võ Thái Dương [6] tỷ lệ đề kháng trên 90% có nhóm penicillins đó là ampicillin với 96,1% và nhóm cephalosporin thế hệ thứ nhất có cefazolin với 90,7%. Đề kháng ở mức trung bình với nhóm carbapenems với tỷ lệ đề kháng từ 8,7 - 12,4%. Kháng sinh có tỷ lệ đề kháng thấp nhất là amikacin với 2,5%. Như vậy, *E.coli* đề kháng mạnh với kháng sinh nhóm penicillin như ampicillin và các thế hệ kháng sinh nhóm cephalosporin, quinolon, nhưng vẫn còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh kết hợp như piperacillin/tazobactam, amikacin và một số kháng sinh khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ *S. aureus* đề kháng penicillin 95,4%, cefepime 77,5%, oxacillin 74,8%, erythromycin 72,6%, ngoài ra *Staphylococcus aureus* vẫn còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh như linezolid 100,0%, chloramphenicol 98,7%. MRSA có tỷ lệ cao chiếm tới 75,2%. Kết quả MRSA của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải [7], tỷ lệ *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA) chiếm tỷ lệ 46,15%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Legese Chelkeba cho thấy tỷ lệ *S. aureus* kháng cao với kháng sinh penicillin 84%, kháng ampicillin và amoxicillin lần lượt là 83% và 67% vancomycin 29% và gentamicin 33%, khả năng kháng cotrimoxazole 50%, erythromycin 45%, tetracyclin 61%, chloramphenicol 49%, methicillin 50% [8] và kết quả nghiên cứu của Claudia Truppa tại Trung Đông năm 2020, các chủng *S. aureus* phân lập được cho thấy tỷ lệ kháng methicillin trung bình là 45,1% [2] là có mức độ kháng thuốc thấp hơn của chúng tôi, tuy

nhiên đây là một phân tích hệ thống, nhiều loại bệnh phẩm nên sẽ có khác biệt.

Kết quả kháng sinh đồ trên các chủng *P. aeruginosa* phân lập được, chúng tôi ghi nhận vi khuẩn này đề kháng với kháng sinh piperacillin+tazobactam 33,3%, nhạy cảm với kháng sinh ticarcillin+clavu 100,0%. Kết quả của chúng tôi *P. aeruginosa* có tính đề kháng kháng sinh thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải [7], cho thấy *P. aeruginosa* đề kháng cao với các nhóm kháng sinh thông thường như Beta-lactam, Quinolon và đặc biệt là đề kháng với các loại kháng sinh mới là nhóm Carbapenem như Imipenem, Meropenem. Điều này có thể lý giải do thói quen sử dụng kháng sinh không giống nhau ở 2 cơ sở y tế cả về chủng loại, liều lượng và thời điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở bệnh viện Trường Đại học và năm 2023, nghĩa là hơn 2 năm thực hiện việc quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.

Vi khuẩn *Enterococcus* spp trong nghiên cứu này đề kháng với tetracyclin 100,0%, erythromycin 80,0%, nhạy cảm với vancomycin 90%, penicillin 87,0%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Legese Chelkeba [8] cho thấy vi khuẩn *Enterococcus* spp có mức độ kháng thuốc tương tự. Vi khuẩn *Enterobacter* spp. đề kháng với kháng sinh ampicillin 100,0%, ampicillin+sulbactam 100,0%, amoxicillin-a.clavulanic 93,3%, nhạy cảm với kháng sinh amikacin 93,3%. Kết quả nghiên cứu của Olaniyi Ayobami và cộng sự năm 2022 cho thấy tỷ lệ kháng carbapenem cao ở các mẫu bệnh *Enterobacter* spp 51,2%, tỷ lệ kháng thuốc cao hơn được quan sát thấy đối với cephalosporin thế hệ thứ ba 83,5% [9].

Theo nghiên cứu này, *K. pneumoniae* đề kháng với kháng sinh ampicillin 100,0%, nhạy cảm với kháng sinh ciprofloxacin 100,0%, meropenem 100,0%, gentamycin 100,0%, Cefepime 100,0%, Ertapenem

100,0%,. Trong số 2 chủng *Klebsiella pneumoniae*, cả 2 chủng đều sinh enzym ESBL (100,0,0%). Theo phân tích hệ thống của tác giả Derbew Fikadu Berhe, đối với *K. pneumoniae*, tỷ lệ kháng trimethoprim-sulfamethoxazole là 66%, ceftriaxone là 56%, piperacillin-tazobactam là 52%, cefepime là 56% và meropenem là 14% [10]. Dựa trên những kết quả trên, ta thấy hầu hết *K. pneumoniae* đã đề kháng nhiều loại kháng sinh với tỷ lệ đa kháng kháng sinh cao và sinh enzym ESBL ở tỷ lệ cao.

V. KẾT LUẬN

311 chủng vi khuẩn phân lập được ở bệnh phẩm mủ, gồm 31 loài vi khuẩn, trong đó 3 loài gây bệnh thường gặp nhất là *S.aureus* 36,3%, *E.coli* 15,8%, *P.aeruginosa* 14,5%. *E.coli* đề kháng với cefuroxime 100,0%, nhưng còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh như amikalin 100,0%, piperacillin + tazobactam chiếm 100,0%, tỷ lệ sinh ESBL 46,9%. đề kháng penicillin 95,4%, cefepime 77,5%, oxacillin 74,8%, erythromycin 72,6%, ngoài ra *Staphylococcus aureus* vẫn còn nhạy cảm với một số loại kháng sinh như linezolid 100,0%, chloramphenicol 98,7%, MRSA có tỷ lệ cao 75,2%. *P.aeruginosa* đề kháng với kháng sinh piperacillin+tazobactam 33,3%, nhạy cảm với kháng sinh ticarcillin+clavu 100,0%. Kết quả nghiên cứu định hướng cho chỉ định kháng sinh kinh nghiệm khi gặp phải các nhiễm trùng vết mổ, vết thương trên bệnh nhân ở bệnh viện Đại học Y-Dược Huế và có thể ở các bệnh viện khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Viết Quỳnh Trâm, Trần Đình Bình (chủ biên) (2021). Giáo trình Vi sinh vật y học và xét nghiệm cơ bản. Sách dành cho sinh viên chuyên ngành kỹ thuật xét nghiệm. Nhà xuất bản Đại học Huế, 2021.

2. **Claudia Truppa và Mahmoud N Abo-Shehada** (2020), "Antimicrobial resistance among GLASS pathogens in conflict and non-conflict affected settings in the Middle East: a systematic review", BMC infectious diseases. 20(1), tr. 1-26.
3. **Đặng Như Phồn, và cộng sự** (2020), "Một số đặc điểm nhiễm khuẩn vết mổ tại trung tâm chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Huế.", Tạp chí Y học lâm sàng (60), tr 61-66. DOI: 10.38103/jcmhch.2020.60.9
4. **Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)** (2021), Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Thirty Informational Supplement, M 100,0-S21.
5. **Kamrul Islam và các cộng sự.** (2021), "Epidemiology of extended-spectrum β -lactamase and metallo- β -lactamase-producing Escherichia coli in South Asia", Future Microbiology. 16(7), tr. 521-535.
6. **Võ Thái Dương, Đỗ Hoàng Long và Nguyễn Thị Diệu Hiền** (2022), "Khảo sát vi khuẩn Escherichia coli sinh enzym β lactamase phổ tống phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ", Tạp chí Y học Việt Nam. 518(2). Tr 87-91, DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i2.3425>
7. **Nguyễn Thanh Hải, Phạm Thị Tâm và Nguyễn Hồng Phong** (2018), "Các vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn vết mổ và sự đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa Thống nhất Đồng Nai năm 2018", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. Số 19/2019, tr 1-7
8. **Legese Chelkeba và Tsegaye Melaku** (2022), "Epidemiology of staphylococci species and their antimicrobial-resistance among patients with wound infection in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis", Journal of Global Antimicrobial Resistance. 29, tr. 483-498.
9. **Olaniyi Ayobami và các cộng sự.** (2022), "Antibiotic resistance in hospital-acquired ESKAPE-E infections in low-and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", Emerging microbes & infections. 11(1), tr. 443-451.
10. **Derbew Fikadu Berhe và các cộng sự.** (2021), "Prevalence of antimicrobial resistance and its clinical implications in Ethiopia: a systematic review", Antimicrobial Resistance & Infection Control. 10, tr. 1-14.

ĐẶC ĐIỂM VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO CÁC VI KHUẨN GRAM ÂM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Quỳnh Nga¹, Dương Văn Thanh¹, Nguyễn Thị Tuyết¹

TÓM TẮT.

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Quỳnh Nga
SĐT: 0987244931

Email: luongngagangthep@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết (NKH) do các vi khuẩn (VK) gram âm (GN) và khảo sát tính kháng kháng sinh của các VK GN phân lập được ở BN NKH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 121 BN được chẩn đoán NKH điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2020-2023). **Kết quả và kết luận:** Nghiên cứu 121 BN

đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NKH, tác nhân gây NKH do VK GN thường gặp nhất là *E. coli* 63 (52,1%) và *K. pneumoniae* 28 (23,1%). Các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng: đái tháo đường là bệnh nền chiếm tỉ lệ cao nhất 39/121 (32,2%), sốt rét run chiếm đa số 68/121 (56,2%); ổ nhiễm trùng khởi điểm (NTKD) từ đường tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất là 43/74 (58,1%); tiếp theo là tiêu hóa 15/74 (20,3%); phần lớn bệnh nhân có WBC > 12 G/l (47,1%), CRP 10-150 mg/l (59,3%); procalcitonin > 1,5 ng/l (80,2%), albumin < 35 g/l 68/85 (80%). *E. coli* nhạy cảm cao nhất với kháng sinh nhóm carbapenem, nitrofurantoin, piperacillin/tazobactam (piper/taz), fosfomycin, amikacin, xu hướng kháng với cephalosporin và quinolon, kháng cao với ampicillin và piperacillin. *K. pneumoniae* nhạy cảm khá cao với carbapenem, quinolon, aminoglycosid, ampicillin/sulbactam (amp/sul), fosfomycin, cephalosporin, kháng cao với ampicillin, piperacillin và nitrofurantoin. **Khuyến nghị:** BN có lâm sàng biểu hiện sốt rét run, ổ NTKD từ đường tiết niệu, đường tiêu hóa có thể là dữ liệu có giá trị gợi ý căn nguyên NKH do VK GN. Lựa chọn kháng sinh ban đầu nên dựa vào đặc tính kháng thuốc của VK theo từng quốc gia, vùng, miền.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, kháng kháng sinh, vi khuẩn gram âm.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA IN PATIENTS WITH SEPSIS CAUSED BY GRAM-NEGATIVE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Describe some epidemiological, clinical, subclinical characteristics in patients with sepsis caused by gram negative bacteria (GN) and survey the antibiotic resistances of GN bacteria isolated in these patients. **Subject and methods:** Descriptive and retrospective study on 121 patients diagnosed with sepsis treated at Thai Nguyen National Hospital (2020-2023). **Results:** The most common pathogens causing sepsis due

to GN were *E. coli* 63 (52.1%) and *K. pneumoniae* 28 (23.1%). Epidemiological, clinical and subclinical characteristics: diabetes was the comorbidity in patients with the highest rate of 39/121 (32.2%); fever with chill accounted for the majority 68/121 (56.2%); the site of primary infection from the urinary tract accounted for the highest rate of 43/74 (58.1%); followed by gastrointestinal 15/74 (20.3%); the most patients with GN bacterial sepsis had WBC > 12 G/l (47.1%), CRP 10 - 150 mg/l (59.3%); PCT > 1.5 ng/l (80.2%), albumin < 35 g/l 68/85 (80%). *E. coli* was the most susceptible to carbapenems, nitrofurantoin, piper/taz, fosfomycin, amikacin, tended to be resistant to cephalosporins and quinolones, and was highly resistant to ampicillin and piperacillin. *K. pneumoniae* was quite susceptible to carbapenems, quinolones, aminoglycosides, amp/sul, fosfomycin, cephalosporins, and was highly resistant to ampicillin, piperacillin, and nitrofurantoin.

Recommendation: Patients with clinical signs of shivering with fever and initial infection sites in the urinary or gastrointestinal tracts may be valuable for diagnosis sepsis caused by GN. Initial antibiotic selection should be based on the drug-resistant properties of bacteria according to each country and region.

Keywords: Sepsis, antibiotic resistance, Gram-negative bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng huyết là rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do phản ứng của cơ thể người bệnh đối với các tác nhân nhiễm trùng. Phản ứng của cơ thể gây tổn thương các mô, cơ quan, có thể dẫn đến sốc, suy đa tạng và đôi khi tử vong, đặc biệt nếu không được nhận biết sớm và điều trị kịp thời. Tỉ lệ tử vong do nhiễm trùng huyết thường liên quan đến điều trị dưới mức tối ưu, chất lượng chăm sóc, cơ sở hạ tầng y tế không đầy đủ, các biện pháp phòng chống nhiễm trùng kém, chẩn đoán muộn và quản lý lâm sàng không

phù hợp. Tỷ lệ tử vong liên quan đến nhiễm trùng huyết đã có sự gia tăng rõ rệt trong ba thập kỷ qua, những người sống sót sau nhiễm trùng huyết phải đối mặt với những nguy cơ nghiêm trọng lâu dài như tử vong sau xuất viện, các vấn đề về thể chất, nhận thức suy giảm và rối loạn sức khỏe tâm thần.⁸ Trên thế giới, trong 20 năm qua, tỉ lệ nhiễm khuẩn trong đó có NKH do VK GN gia tăng trên toàn cầu, E. coli, các loài Klebsiella và Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa) chiếm 72% trong tổng số NKH do VK GN, trong đó E. coli chiếm 59% tổng số trường hợp.³ Theo báo cáo về tình hình kháng kháng sinh của Bộ Y tế Việt Nam năm 2023, trực khuẩn GN chiếm ưu thế hơn hẳn các cầu khuẩn gram dương trong các căn nguyên gây NKH, trong đó phổ biến nhất là E. coli, K. pneumoniae, Acinetobacter baumannii (A. baumannii) và P. aeruginosa.¹ Chẩn đoán sớm, xử trí lâm sàng kịp thời, phù hợp, phối hợp hồi sức và sử dụng kháng sinh tối ưu dựa trên tác nhân NKH là rất quan trọng để tăng khả năng sống sót sau NKH. Tuy nhiên các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, giám sát NKH từ sepsis 1 đến sepsis 4, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị NKH của Bộ Y tế Việt Nam không đưa ra những dữ liệu cụ thể giúp định hướng tác nhân gây NKH do VK GN hay Gram dương. Chính vì vậy, những nghiên cứu về dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng về NKH, tác nhân gây NKH vẫn còn rất cần thiết. Với mong muốn tìm ra những công cụ giúp các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt là các tuyến y tế cơ sở, nơi không thực hiện được xét nghiệm cấy máu có thêm dữ liệu để định hướng các tác nhân gây bệnh ban đầu, lựa chọn kháng sinh phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỉ lệ tử vong tại cơ sở y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng BN NKH do các VK GN và khảo sát tính*

kháng kháng sinh của các VK GN phân lập được ở BN NKH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chọn vào nghiên cứu phải có tiêu chuẩn bắt buộc theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị một số bệnh truyền nhiễm” của Bộ Y tế năm 2015.

+ Lâm sàng: có tính chất gợi ý đến NKH, gồm: sốt cao, gan lách to, có triệu chứng ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, hoặc có tình trạng nhiễm khuẩn nặng có hoặc không kèm theo sốc.

+ Cận lâm sàng: xét nghiệm cấy máu dương tính với vi khuẩn Gram âm.

+ BN ≥ 18 tuổi

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có đồng thời kết quả cấy máu, bệnh phẩm khác (dịch, nước tiểu, phân,...) dương tính nhưng không cùng căn nguyên gây bệnh, hoặc đồng nhiễm hai loại VK, nấm. BN có kết quả cấy máu dương tính với vi khuẩn GN nhưng không có kết quả KSD.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01/01/2020 đến 31/12/2023, tại khoa Bệnh Nhiệt đới, BV Trung ương Thái Nguyên.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các BN đủ tiêu chuẩn đều được chọn vào nghiên cứu.

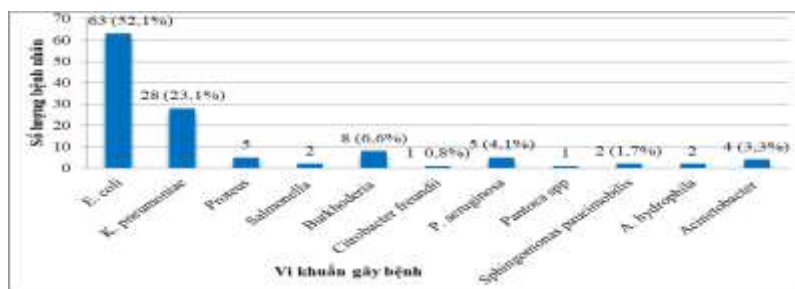
Cỡ mẫu thu được: 121 BN.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của người bệnh, nhập và quản lý bằng phần mềm SPSS Statistic 20, được xử lý theo phương pháp thống kê y học và sử dụng các thuật toán: tính tỉ lệ %, tính trung bình.

Đạo đức nghiên cứu: các thông tin BN được mã hóa và bảo mật, kết quả nghiên cứu giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị BN NKH tại BV Trung ương Thái Nguyên và các cơ sở y tế khác.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 3.1. Phân bố BN theo VK gây bệnh

BN NKH do các VK GN thường gặp nhất là E. coli 63 (52,1%) và K. pneumoniae 28 (23,1%), các tác nhân còn lại chiếm tỉ lệ thấp hơn: Burkholderia 8 (6,6%), P. aeruginosa 5 (4,1%), Proteus 5 (4,1%), Acinetobacter 4 (3,3%), Salmonella spp 2 (1,7%), Sphingomonas paucimobilis 2 (1,7%), Aeromonas hydrophila (A. hydrophila) 2 (1,7%), Citrobacter freundii 1 (0,8%), Pantoea 1 (0,8%).

Bảng 3.1. Phân bố BN theo đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm dịch tễ học		n	%
Tuổi trung bình		60,9±16,9	
Giới	Nam	72/121	59,5
	Nữ	49/121	40,5
Tiền sử bệnh nền	Đái tháo đường	39/121	32,2
	Bệnh gan mạn	35/121	28,9
	Gút	6/121	5,0
	Ung thư	5/121	4,1
	Bệnh máu	4/121	3,3
	Bệnh thận mạn tính	10/121	8,3
	Đột quỵ	7/121	5,8
	Nghiện hoặc lạm dụng rượu	17/121	14
	Nhiễm trùng hoặc nhiễm trùng huyết	9/121	7,4
	Khác	77/121	63,6
	Có bệnh	99/121	81,8

Tuổi trung bình BN NKH do VKGN là $60,9 \pm 16,9$, trong đó nam 72/121 (59,5%); nữ: 49/121 (40,5%). Phần lớn BN 99/121 (81,8%) có tiền sử bệnh nền, cao nhất là đái tháo đường 39/121 (32,2%), tiếp theo là bệnh gan mạn 35/121 (28,9%), nghiện hoặc lạm dụng rượu 17/121 (14%), bệnh thận mạn 10/121 (8,3%), nhiễm trùng hoặc nhiễm trùng huyết 9/121 (7,4%), bệnh khác 77/121 (63,6%).

Bảng 3.2. Phân bố BN theo đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		n	%
Sốt	Rét run	68/121	56,2
	Nóng	53/121	43,8
Có ổ NTKĐ		74/121	61,2
Vị trí ổ NTKĐ	Tiêu hóa	15/74	12,4
	Tiết niệu	43/74	35,5
	Răng hàm mặt	2/74	1,7
	Hô hấp dưới	5/74	4,1

Đặc điểm lâm sàng		n	%
	Da, niêm mạc, cơ xương khớp	7/74	5,8
	Khác	2/74	1,7
Sốc nhiễm khuẩn	Có	9/121	7,4

Các đặc điểm lâm sàng của BN NKH do VK GN: sốt rét run 68/121 (56,2 %); sốc nhiễm khuẩn 9/121 (7,4%). Có ổ NTKĐ: 74/121 (61,2%), trong đó vị trí ổ NTKĐ ở đường tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất là 43/74 (35,5%); tiếp theo là tiêu hóa 15/74 (12,4%). Ổ NTKĐ ở các vị trí: da, niêm mạc, cơ xương khớp 7/74 (5,8%); hô hấp dưới 5/74 (4,1%); răng hàm mặt: 2/74 (1,7%); vị trí khác: 2/74 (1,7%).

Bảng 3.3. Phân bố BN theo các chỉ số huyết học

Các chỉ số huyết học		n	%
WBC (G/l)	< 4	12/121	9,9
	4 - 12	52/121	43,0
	> 12	57/121	47,1
PLT (G/l)	< 150	57/121	47,1
	150 - 450	64/121	52,9
PT (%)	< 70	29/70	41,4
	≥ 70	41/70	58,6
APTT (s)	< 0,85	3/51	5,9
	0,85 – 1,25	33/51	64,7
	> 1,25	15/51	29,4
Fibrinogen (g/l)	< 2	8/48	16,7
	2 - 4	12/48	25
	> 4	28/48	58,3

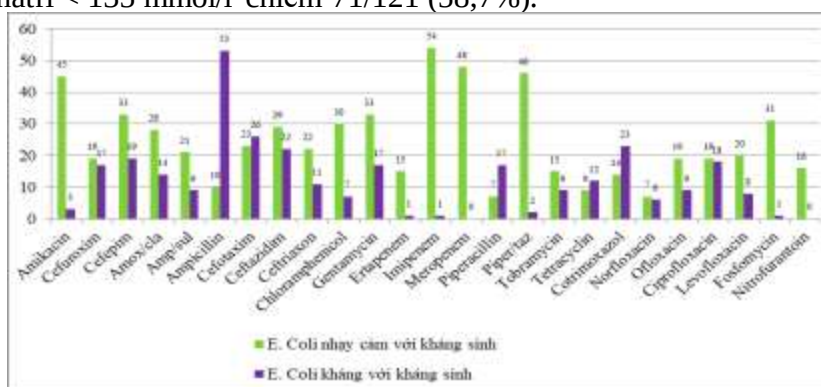
Đặc điểm các chỉ số huyết học trên BN NKH do VK GN: WBC > 12 G/l chiếm tỉ lệ cao nhất 57/121(47,1%); 52/121 (43%) WBC 4-12G/l; 12/121 (9,9%) WBC < 4 G/l; 57/121 (47,1%) có PLT giảm < 150 G/l; 64/121 (52,9%); PLT 150-450 G/l (47,1%); 29/70 (41,4%) PT giảm < 70 %; 15/51 (29,4) có APTT kéo dài > 1,25 s, 8/48 (16,7%) giảm fibrinogen trong máu.

Bảng 3.4. Phân bố BN theo các chỉ số sinh hóa

Các chỉ số sinh hóa		n	%
CRP (mg/l)	< 10	4/113	3,5
	10 - 150	67/113	59,3
	> 150	42/113	37,2
PCT (ng/l)	< 0,05	1/86	1,2
	0,05 – 1,5	16/86	18,6
	> 1,5	69/86	80,2
Glucose (mmol/l)	< 3,6	2/119	1,7
	3,6 – 5,9	24/119	20,2
	> 5,9	93/119	78,2
Creatinin (μmol/l)	≤ 115	83/121	68,6
	> 115	38/121	31,3
GOT (u/l)	< 37	50/121	41,3
	≥ 37	71/121	58,7
GPT (u/l)	< 40	65/121	53,7
	≥ 40	56/121	46,3
Albumin (g/l)	< 35	68/85	80

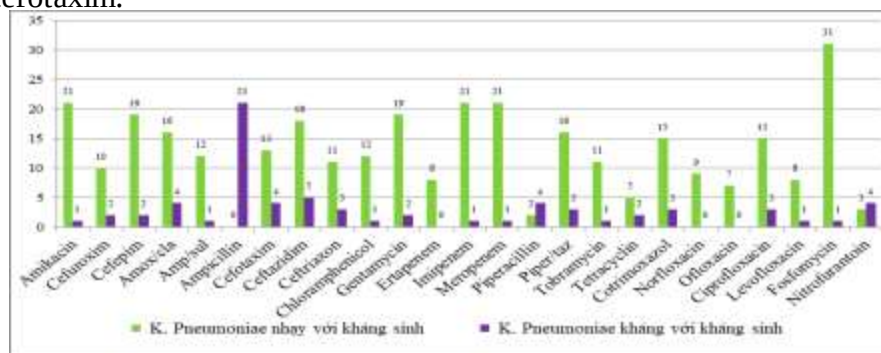
Các chỉ số sinh hóa		n	%
	35 - 50	15/85	17,6
	> 50	2/85	2,4
Natri (mmol/l)	< 135	71/121	58,7
	135 - 145	48/121	39,7
	> 145	2/121	1,7

BN NKH do VK GN có: CRP tăng 10 – 150 mg/l chiếm tỉ lệ cao nhất 67/113 (59,3%); CRP > 150 mg/l chiếm 42/113 (37,2%); PCT > 1,5 ng/l là 69/86 (80,2%); PCT 0,05 – 1,5 ng/l chiếm 16/86 (18,6%); 93/119 (78,2%) BN có glucose > 5,9 mmol/l; BN có GOT $\geq$ 37 u/l là 71/121 (58,7%); BN có GPT tăng $\geq$ 40 u/l là 56/121 (46,3%); BN có albumin < 35 g/l chiếm 68/85 (80%); natri < 135 mmol/l chiếm 71/121 (58,7%).



Biểu đồ 3.2. Nhạy và kháng kháng sinh của E.coli

E. coli nhạy cảm 48/48 (100%) với meropenem và 16/16 (100%) nitrofurantoin; trên 90% với imipenem, fosfomycin, piper/taz, amikacin, ertapenem. Nhạy 60% đến >80% với chloramphenicol, amp/sul, levofloxacin, ofloxacin, amox/cla, ceftriaxon, cefepim, gentamycin và tobramycin. 50 % đến 60% với cefuroxim, ceftazidim, norfloxacin, ciprofloxacin. Kháng trên 70% với ampicillin, piperacillin, trên 50%-60% với cotrimoxazol, tetracyclin, cefotaxim.



Biểu đồ 3.3. Nhạy và kháng kháng sinh của K.pneumoniae

Trong nghiên cứu của chúng tôi, K.pneumoniae nhạy cảm 100% với ertapenem, norfloxacin, ofloxacin, trên 90% với fosfomycin, amikacin, imipenem, meropenem, tobramycin, amp/sul, chloramphenicol, gentamycin. Nhạy 70% đến >80% với levofloxacin, cefuroxim, piper/taz, cotrimoxazol, ciprofloxacin, ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim, amox/cla, tetracyclin. Tuy vậy, K.pneumoniae đã kháng 100% với ampicillin, 50-60% với piperacillin và nitrofurantoin.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả, trong 121 BN NKH do các VK GN, căn nguyên thường gặp nhất là *E.coli* 63 (52,1%) và *K.pneumoniae* 28 (23,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới và Việt Nam. Nghiên cứu của Mạng lưới giám sát kháng khuẩn Trung Quốc năm 2017 cũng cho kết quả, tác nhân phổ biến nhất là *E. coli* (19,3%), *Klebsiella* (14,7%).⁵ Tại Việt Nam, Báo cáo giám sát kháng sinh trên 16 BV từ 10 tỉnh trong cả nước năm 2020 của Bộ Y tế, với 9746 bệnh phẩm máu, *E. coli* 2012 (20,6%), *K.pneumoniae* 1185 (12,2%) là tác nhân GN thường gặp nhất.¹ Nghiên cứu của Phan Văn Hậu tại BV E năm 2023 cũng cho kết quả tương tự, tác nhân gây NKH hay gặp nhất *E. coli* 80/176, *K.pneumoniae* 51/176, *Acinetobacter baumannii* 11/176; *P. aeruginosa* 9/176.²

Phần lớn BN 99/121 (81,8%) có tiền sử bệnh nền, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là đái tháo đường 39/121 (32,2%). Nghiên cứu J. F. McNamara và của Elisangela M. Limnam cũng cho kết quả tương tự^{4,6}. Tuy vậy, đái tháo đường có phải là yếu tố nguy cơ góp phần làm gia tăng NKH do VK GN hay không, còn là điều chúng tôi băn khoăn và cần có những nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sốt rét run là biểu hiện lâm sàng thường gặp ở BN NKH do VK GN (56,2%). Vị trí ổ NKKĐ chiếm tỉ lệ cao nhất là đường tiết niệu (35,5%), tiếp theo là tiêu hóa (12,4%), trong đó với đường tiết niệu thì nguyên nhân chủ yếu là do sỏi tiết niệu. Nhiễm khuẩn ban đầu từ đường tiết niệu là một trong những yếu tố nguy cơ đáng kể gây NKH do VK GN cũng được nhận định rõ trong nghiên cứu của Eleanor Mitchell³. Q. Auid-Orcid Gao cũng cho kết quả tương tự BN NKH GN có ổ NTKĐ ở đường tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất 52/228 (22,8%), đường mật 43/228 (18,9%).⁷

Từ các kết quả nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy, BN có lâm sàng biểu hiện sốt rét run, ổ NTKĐ từ đường tiết niệu, đường tiêu hóa có thể là dữ liệu có giá trị gợi ý căn nguyên NKH do VK GN.

Kết quả nghiên cứu về các chỉ số huyết học, sinh hóa cho thấy hầu hết BN NKH do VK GN có WBC tăng trên 12 G/l (47,1%), CRP tăng 10 – 150 mg/l (59,3%); PCT > 1,5 ng/l (80,2%). Kết quả này không có sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Q. Auid-Orcid Gao cho thấy bạch cầu trung bình là $13,3 \pm 6,3$ G/l.⁷ Các chỉ số sinh hóa: glucose máu tăng (78,2%); albumin < 35 g/l 68/85 (80%); natri < 135 mmol/l chiếm 71/121 (58,7%) đều chiếm tỉ lệ cao nhất. Chúng tôi gần như không tìm thấy nghiên cứu nào về các chỉ số sinh hóa thường gặp NKH do VK GN để so sánh. Liệu các chỉ số này có thể là công cụ gợi ý NKH do VN GN hay không, chúng tôi sẽ tiến hành so sánh với sự thay đổi trong NKH do VK gram dương trong một nghiên cứu khác.

Nghiên cứu về tính kháng kháng sinh của VK GN thường gặp, chúng tôi nhận thấy *E.coli* còn nhạy cảm hầu hết với các kháng sinh nhóm carbapenem, trong đó 100% nhạy với meropenem, chỉ có 1,8% kháng imipenem và 6,3% kháng với ertapenem. Tỉ lệ nhạy cảm với kháng sinh nitrofurantoin, piper/taz, fosfomycin và amikacin cũng còn rất cao (>90%). Kết quả này tương đồng với báo cáo giám sát kháng sinh của Bộ Y tế năm 2020 tại 16 BV trong cả nước.¹ Với các kháng sinh khác, *E. coli* đã có sự đề kháng trên 70%, trong đó kháng cao nhất với ampicillin (84,1%) và piperacillin (70,8%). Chúng tôi cũng ghi nhận, *E. coli* kháng trung bình với các kháng sinh của 2 nhóm này với tỉ lệ dao động từ 33,3% - 53,1% với cephalosporin và 28,6-48,6% với quinolon, trong đó kháng sinh có tỉ lệ kháng cao nhất là cefotaxim (53,1%) và ciprofloxacin (48,6%). Đây là một thách thức không nhỏ đối với các nhà lâm sàng khi

những kháng sinh sẵn có, rẻ tiền hơn dần bị kháng thuốc.

Với *K. pneumoniae*, chúng tôi ghi nhận VK này còn nhạy cảm tốt với các kháng sinh nhóm carbapenem (>95%), aminoglycosid (>90%). Thậm chí với nhóm kháng sinh mà *E. coli* đã có tỉ lệ kháng thuốc đáng kể như cephalosporin và quinolon, thì *K. pneumoniae* vẫn nhạy cảm khá tốt (tỉ lệ nhạy với cephalosporin là 76,5-90,5%, với quinolon là 83,3-100%). Các kháng sinh khác VK cũng còn nhạy cảm cao ngoại trừ ampicillin (kháng 100%), piperacillin (kháng 66,7%) và nitrofurantoin (57,1%). Kết quả này có sự khác biệt với tác giả Phan Văn Hậu tại BV E *K. pneumoniae* kháng cao với kháng sinh ampicillin (100%), kháng ciprofloxacin (63,4%). VK kháng trung bình với các kháng sinh nhóm cephalosporin (ceftazidime 61%, cefepime 58,5%, ceftriaxone 61%, cefotaxime 61%) và các kháng sinh nhóm carbapenem (imipenem 51,2%, meropenem 58,5% và ertapenem 58,5%).² Nghiên cứu xu hướng kháng kháng sinh tại Trung Quốc cũng ghi nhận *K. pneumoniae* đã kháng trung bình với một số kháng sinh thường dùng như cefotaxim (~50%), ceftazidim (>30%) và ciprofloxacin (~30%).⁵ Báo cáo giám sát kháng sinh của Bộ Y tế Việt nam về mức độ nhạy cảm của các chủng *K. pneumoniae* ở 3 miền, các chủng phân lập ở miền Trung có mức độ nhạy cảm với carbapenem cao nhất nhưng lại đề kháng nhiều nhất với kháng sinh nhóm quinolon. Các chủng phân lập được ở miền Bắc lại có mức độ nhạy cảm với aminoglycoside đặc biệt là amikacin cao nhất.¹ Như vậy, tính kháng thuốc của VK thay đổi theo từng khu vực, do thói quen sử dụng thuốc hoặc tình trạng lạm dụng kháng sinh. Vì vậy, việc quản lý sử dụng kháng sinh, đồng thời thống kê nghiên cứu tính nhạy cảm và kháng thuốc của VK theo từng khu vực và từng giai đoạn là cần thiết để có sự lựa chọn

phù hợp nhất cho các bác sĩ lâm sàng trong kỹ nguyên VK kháng thuốc hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 121 BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NKH, tác nhân gây NKH do VK GN thường gặp nhất là *E. coli* 63 (52,1%) và *K. pneumoniae* 28 (23,1%). Các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng: đái tháo đường là bệnh nền chiếm tỉ lệ cao nhất 39/121 (32,2%), sốt rét run chiếm đa số 68/121 (56,2 %); ổ NTKĐ từ đường tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất là 43/74 (35,5%); tiếp theo là tiêu hóa 15/74 (12,4%); phần lớn bệnh nhân có WBC > 12 G/l (47,1%), CRP 10 – 150 mg/l (59,3%); procalcitonin > 1,5 ng/l (80,2%), albumin < 35 g/l 68/85 (80%). *E. coli* nhạy cảm cao nhất với kháng sinh nhóm carbapenem, nitrofurantoin, piper/taz, fosfomycin, amikacin, xu hướng kháng với cephalosporin và quinolon, kháng cao với ampicillin và piperacillin. *K. pneumoniae* nhạy cảm khá cao với carbapenem, quinolon, aminoglycosid, amp/sul, fosfomycin, cephalosporin, kháng cao với ampicillin, piperacilin và nitrofurantoin.

VI. KHUYẾN NGHỊ

BN có lâm sàng biểu hiện sốt rét run, ổ NTKĐ từ đường tiết niệu, đường tiêu hóa có thể là dữ liệu có giá trị gợi ý căn nguyên NKH do VK GN. Lựa chọn kháng sinh ban đầu nên dựa vào đặc tính kháng thuốc của VK theo từng quốc gia, vùng, miền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt Nam 2020. 2023.
2. **Phan Văn Hậu, Lê Văn Hưng, Vũ Huy Lượng và cộng sự.** Tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện E năm 2023. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2024; 175: 118-128.

3. **Eleanor Mitchell, Mark S Pearce, Anthony Roberts.** Gram-negative bloodstream infections and sepsis: risk factors, screening tools and surveillance. *British Medical Bulletin*. 2019; 132(1): 5-15.
4. **Elisangela M. Lima, Patrícia A. Cid, Debora S. Beck, et al.** Predictive factors for sepsis by carbapenem resistant Gram-negative bacilli in adult critical patients in Rio de Janeiro: a case-case-control design in a prospective cohort study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2020; 9(1):132.
5. **Fupin Hu, Demei Zhu, Fu Wang, et al.** Current Status and Trends of Antibacterial Resistance in China. *Clinical Infectious Diseases*. 2018; 67(2): 128-134.
6. **J. F. McNamara, P. N. A. Harris, M. D. Chatfield, et al.** Long term sepsis readmission, mortality and cause of death following Gram negative bloodstream infection: a propensity matched observational linkage study. 1878-3511 (Electronic).
7. **Q. Auid-Orcid Gao, Z. Li. X. Mo, et al.** Combined procalcitonin and hemogram parameters contribute to early differential diagnosis of Gram-negative/Gram-positive bloodstream infections. 1098-2825 (Electronic).
8. **WHO.** Sepsis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>. 2024.

TĂNG NỒNG ĐỘ TRIGLYCERID HUYẾT THANH Ở QUÝ III CÓ LIÊN QUAN VỚI TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

Nguyễn Việt Hà¹, Phạm Mạnh Hùng¹, Phạm Bá Nha²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khi có thai, nồng độ lipid huyết thanh tăng cao đặc biệt là triglycerid có liên quan đến tăng huyết áp thai kỳ. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về tình trạng này ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Mô tả nồng độ một số thành phần lipid huyết thanh ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối và phân tích mối liên quan giữa nồng độ lipid huyết thanh ở quý III thai kỳ và biến chứng tăng huyết áp thai kỳ. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả trên 834 phụ nữ có thai quý III sinh tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2023 đến tháng 3/2024.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hà
SĐT: 098686431

Email: nvha1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Định lượng nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol và triglycerid huyết thanh lúc đối ở tuổi thai 28-40 tuần. Tính tỷ số chênh và khoảng tin cậy 95% bằng mô hình hồi quy đa biến. **Kết quả:** Nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerid huyết thanh lần lượt là $6,49 \pm 0,04$; $3,37 \pm 0,34$; $1,83 \pm 0,01$ và $3,11 \pm 0,40$ (mmol/L). Nồng độ triglycerid huyết thanh có liên quan với tăng huyết áp thai kỳ với OR 1,5 (khoảng tin cậy 95% 1,002 – 2,2, $p=0,049$) sau khi hiệu chỉnh theo tuổi, BMI trước mang thai, tiền sử tăng huyết áp hoặc tiền sản giật ở lần mang thai trước, tăng cân quá mức khi có thai, mang thai con so và đái tháo đường thai kỳ. **Kết luận:** Nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerid huyết thanh ở quý III thai kỳ lần lượt là $6,49 \pm 0,04$; $3,37 \pm 0,34$; $1,83 \pm 0,01$ và $3,11 \pm 0,40$ (mmol/L). Tăng nồng độ triglycerid huyết thanh có liên quan tới sự xuất hiện tăng huyết áp thai kỳ ở thai phụ Việt Nam.

Từ khóa: tăng huyết áp thai kỳ, cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerid

Keywords: gestational hypertension, total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerides.

SUMMARY

HYPERTRIGLYCERIDEMIA IN THIRD TRIMESTER ASSOCIATED WITH GESTATIONAL HYPERTENSION

Background: During pregnancy, serum lipid levels, particularly triglycerides, increase and are associated with gestational hypertension. However, no studies have been conducted on this condition in Vietnam. **Objective:** To describe serum lipid levels in the third trimester of pregnancy and analyze the relationship between serum lipid levels and gestational hypertension. **Methods:** A descriptive study was conducted on 834 women in their third trimester who gave birth at Bach Mai Hospital from May 2023 to March 2024. Fasting serum levels of total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, and triglycerides were measured at 28-40 weeks of gestation. Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated using a multivariate regression model. **Results:** The levels of total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, and triglycerides were 6.49 ± 0.04 , 3.37 ± 0.34 , 1.83 ± 0.01 , and 3.11 ± 0.40 mmol/L, respectively. Elevated serum triglycerides were associated with gestational hypertension (OR 1.5, 95% CI 1.002 – 2.2, $p=0.049$) after adjusting for age, pre-pregnancy BMI, history of hypertension or preeclampsia in previous pregnancies, excessive gestational weight gain, primiparity, and gestational diabetes. **Conclusion:** In the third trimester, serum levels of total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, and triglycerides were 6.49 ± 0.04 , 3.37 ± 0.34 , 1.83 ± 0.01 , and 3.11 ± 0.40 mmol/L, respectively. Elevated triglyceride levels were associated with gestational hypertension in Vietnamese pregnant women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG), tăng huyết áp thai kỳ là tình trạng tăng huyết áp xuất hiện sau thời điểm thai 20 tuần ở người có huyết áp trước đó bình thường và trở về bình thường sau sinh cùng với không có dấu hiệu khác của tiền sản giật. Rối loạn tăng huyết áp khi có thai là nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ và thai trên toàn cầu. Một trong những yếu tố có liên quan tới tăng huyết áp thai kỳ được nhắc tới trong y văn là tăng nồng độ triglycerid huyết thanh khi có thai.

Tăng nồng độ các thành phần lipid khi có thai, bao gồm cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol và triglycerid, là một hiện tượng thường gặp, bắt đầu từ tuổi thai 12 tuần và tăng nhanh trong quý III thai kỳ. Trong hai quý đầu, cơ thể người phụ nữ có sự tăng nồng độ insulin trong máu và mức độ nhạy cảm với insulin không đổi hoặc tăng lên làm tăng tích lũy mỡ tại mô mỡ. Ngược lại, sự đề kháng insulin và tăng nồng độ estrogen giải thích cho hiện tượng tăng rõ rệt nồng độ triglycerid và tăng nhẹ nồng độ phospholipid và cholesterol huyết thanh ở quý III.

Các nghiên cứu đã cho thấy sự liên quan giữa tăng lipid do thai kỳ và tăng tỷ lệ mắc tăng huyết áp thai kỳ. Có mối liên quan phụ thuộc nồng độ giữa nồng độ triglycerid huyết thanh ở người mẹ trong cả quý I, II và III và nguy cơ mắc tăng huyết áp thai kỳ [4, 8].

Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam tìm hiểu về nồng độ lipid huyết thanh trong quý III thai kỳ và sự liên quan giữa nồng độ các thành phần lipid huyết thanh và nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ. Do

đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu sau: (1) Mô tả nồng độ một số thành phần lipid huyết thanh ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối tại bệnh viện Bạch Mai. (2) Phân tích mối liên quan giữa nồng độ lipid huyết thanh ở quý III thai kỳ và biến chứng tăng huyết áp thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 834 thai phụ mang thai từ 28 tuần trở lên quản lý thai tại bệnh viện Bạch Mai từ ngày 1/5/2023 đến 6/4/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các thai phụ từ 18 tuổi trở lên mang thai tự nhiên, đơn thai, thai sống, ở tuổi thai 28 tuần trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ có tiền sử bị tăng huyết áp, đái tháo đường typ I và typ II, bệnh lý tuyến giáp, bệnh lý gan, bệnh lý thận, bệnh Cushing, bệnh lý tim mạch, có bệnh lý nhiễm trùng nặng phải nhập viện, đang điều trị bệnh lý mạn tính, có khối u ác tính đã được chẩn đoán trước khi có thai; Thai phụ không kết thúc thai kỳ tại bệnh viện Bạch Mai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: đối với mục tiêu 1, chúng tôi sử dụng công thức ước tính trung bình với giá trị cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerid theo nghiên cứu của Piechota và cộng sự[6], $\alpha=0,05$ và sai số ước tính là 0,2 (dành cho cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol) và 0,1 (dành cho HDL-cholesterol, triglycerid). Chọn cỡ mẫu lớn nhất cho mục tiêu 1 là 146. Đối với mục tiêu 2, cỡ mẫu tối thiểu 500 là đủ cho phân tích hồi quy logistic[3]. Nghiên cứu của chúng tôi có 834 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện này

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.2.4. Biến số nghiên cứu:

Khi tham gia nghiên cứu: tuổi, chiều cao, cân nặng trước có thai, tiền sử thai sản, trình độ học vấn, tiền sử tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật ở lần có thai trước, nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerid huyết thanh.

Khi kết thúc thai kỳ: cân nặng sản phụ khi kết thúc thai kỳ, cách đẻ, tuổi thai khi kết thúc thai kỳ, cân nặng sơ sinh, chỉ số Apgar 5 phút.

Biến số đầu ra: tăng huyết áp thai kỳ được định nghĩa theo ACOG là cụ thể là huyết áp tâm thu từ 140mmHg trở lên và/hoặc huyết áp tâm trương từ 90mmHg trở lên, đo 2 lần cách nhau ít nhất 4 giờ, xuất hiện từ tuần thứ 20 của thai kỳ trên thai phụ trước đó huyết áp bình thường và không có protein niệu.

2.2.5. Quy trình nghiên cứu: được thể hiện qua sơ đồ 1. Thai phụ sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn để thu thập các thông tin vào bệnh án nghiên cứu. Thai phụ sẽ được lấy máu tĩnh mạch khi nhịn ăn qua đêm, mẫu làm xét nghiệm sinh hóa được chứa trong ống nghiệm chứa chất chống đông heparin lithium. Xét nghiệm cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol và triglycerid huyết thanh được thực hiện trên hệ thống xét nghiệm sinh hóa máu tự động AU5800 của hãng Beckman Coulter (Hoa Kỳ) (đạt tiêu chuẩn chất lượng ISO-15189). Khi đối tượng nghiên cứu kết thúc thai kỳ tại bệnh viện Bạch Mai, nghiên cứu viên thu thập thông tin về kết quả thai kỳ của sản phụ theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Đối tượng không kết thúc thai kỳ tại bệnh viện Bạch Mai hoặc đối tượng từ chối không tiếp tục tham gia nghiên cứu sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu

2.2.6. Một số định nghĩa: Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính bằng cách chia cân nặng (kg) cho bình phương chiều cao (mét). BMI được phân loại thành nhẹ cân ($<18,5\text{kg/m}^2$), bình thường ($18,5\text{--}24,9\text{kg/m}^2$), thừa cân ($25,0\text{--}29,9\text{kg/m}^2$) và béo phì ($>30\text{kg/m}^2$) theo Tổ chức y tế thế giới. Phân loại mức độ tăng cân khi có thai theo Viện Y học Hoa Kỳ với mức tăng cân khuyến cáo là 12,5-18kg (BMI $<18,5\text{kg/m}^2$); 11,5 – 16kg (BMI $18,5\text{--}24,9\text{kg/m}^2$); 7,0 – 11,5 (BMI $25,0\text{--}29,9\text{kg/m}^2$) và 5,0-9,0 (BMI từ 30kg/m^2 trở lên).

2.2.7. Phương pháp xử lý số liệu: Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch. Biến định tính được biểu diễn dạng phần trăm. Sử dụng hồi quy logistic đa biến để đánh giá sự liên quan giữa nồng độ lipid huyết thanh ở người mẹ và biến chứng tăng huyết áp thai kỳ. Các biến

đưa vào mô hình bao gồm: tuổi, BMI trước mang thai, tiền sử tăng huyết áp hoặc tiền sản giật ở lần mang thai trước, tăng cân quá mức khi có thai, mang thai con so, đái tháo đường thai kỳ và nồng độ lipid huyết thanh. Phần mềm phân tích được sử dụng là SPSS 25.0. Giá trị $p<0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.2.8. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật. Nghiên cứu không can thiệp vào việc chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân. Các xét nghiệm trong nghiên cứu nằm trong quy trình quản lý thai thường quy của khoa Phụ sản, Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận khía cạnh đạo đức (Giấy chứng nhận số 833/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

	Biến số	% hoặc độ lệch
Phân loại tuổi	<25	123 (14,7)
	25-34	569 (68,3)
	35 trở lên	142 (17,0)
Dân tộc	Kinh	828 (99,3)
	Khác	6 (0,7)
Nơi ở	Thành thị	412 (49,4)
	Nông thôn	422 (50,6)
Nghề nghiệp	Nông dân	5 (0,6)
	Công nhân	29 (3,5)

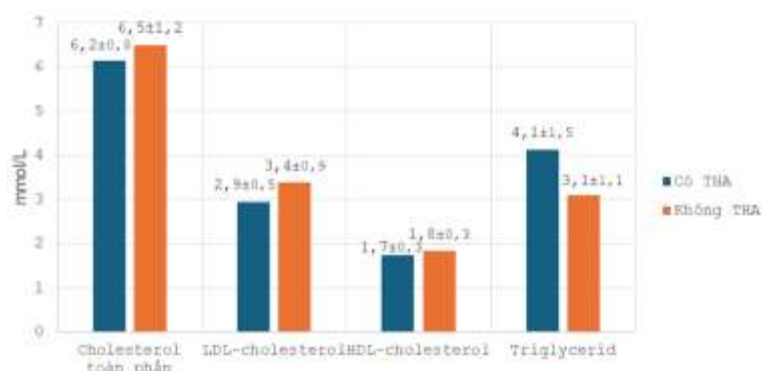
	Nhân viên nhà nước	178 (21,3)
	Nhân viên tư nhân	311 (37,3)
	Tự do	237 (28,4)
	Thất nghiệp	74 (8,9)
Trình độ học vấn	Tiểu học	2 (0,2)
	Trung học cơ sở	38 (4,6)
	Trung học phổ thông	149 (17,9)
	Trung cấp/Cao đẳng	204 (24,5)
	Đại học và sau đại học	441 (52,9)
Phân loại BMI	Nhẹ cân	115 (13,8)
	Bình thường	653 (78,3)
	Thừa cân	55 (6,6)
	Béo phì	11 (1,3)
	Con so	297 (35,6)
	Có tiền sử tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật	17 (2,0)
	Đái tháo đường thai kỳ	228 (27,3)
	Tăng cân quá mức khi có thai	148 (17,7)
	Tăng huyết áp thai kỳ	15 (1,8)
	Thai non tháng	39 (4,7)
	Apgar 5 phút dưới 7	0 (0,0)
Giới tính sơ sinh	Nam	463 (55,5)
	Nữ	371 (44,5)
Cách đẻ	Đẻ thường	314 (37,6)
	Mổ đẻ	520 (62,4)
Cân nặng sơ sinh	<2500g	24 (2,9)
	2500 – 3999g	788 (94,5)
	4000g trở lên	22 (2,6)

Bảng 1 mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ sản phụ 35 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 17,0%. Trình độ học vấn chủ yếu là đại học và sau đại học (52,9%). Tỷ lệ BMI bình thường trước khi có thai là 78,3% trong khi tỷ lệ thừa cân và béo phì là 7,9%. Có 17 sản phụ có tiền sử tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật với tỷ lệ 2,0%. Trong khi có thai, 27,3% sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ và 17,7% tăng cân quá mức khi có thai. Về kết quả sơ sinh, tỷ lệ đẻ non là 4,7% và không có trẻ nào có chỉ số Apgar dưới 7. Tỷ lệ sơ sinh quá to là 2,6% và sơ sinh nhẹ cân là 2,9%.

Bảng 2. Nồng độ lipid huyết thanh ở quý III thai kỳ

Lipid	Trung bình	Độ lệch	Bách phân vị						
			5	10	25	50	75	90	95
Cholesterol toàn phần	6,49	0,04	4,65	5,03	5,71	6,39	7,24	8,11	8,53
LDL-cholesterol	3,37	0,34	1,77	2,11	2,71	3,32	4,00	4,68	5,05
HDL-cholesterol	1,83	0,01	1,33	1,43	1,61	1,81	2,04	2,24	2,38
Triglycerid	3,11	0,40	1,75	1,92	2,32	2,88	3,58	4,64	5,45

Bảng 2 cho thấy nồng độ lipid huyết thanh trong quý III thai kỳ. Nồng độ cholesterol toàn phần, LDL cholesterol, HDL cholesterol và triglycerid lần lượt là $6,49 \pm 0,04$; $3,37 \pm 0,34$; $1,83 \pm 0,01$ và $3,11 \pm 0,40$ (mmol/L).



Biểu đồ 1. Nồng độ lipid huyết thanh ở nhóm có và không tăng huyết áp thai kỳ

Biểu đồ 1 cho thấy nồng độ triglycerid huyết thanh ở nhóm tăng huyết áp thai kỳ cao hơn ở nhóm không bị bệnh với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,015$). Nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol và HDL-cholesterol không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p>0,05$).

Bảng 3. Phân tích hồi quy các yếu tố nguy cơ của THA thai kỳ

Biến số		Số lượng (Tỷ lệ)	Tăng huyết áp thai kỳ			
			OR thô (KTC 95%)	P	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi	35 trở lên	142 (17,0)	3,3 (1,2 – 9,6)	0,024	4,5 (1,1 – 18,1)	0,034
	Dưới 35	692 (82,9)	1		1	
BMI	25 trở lên	66 (7,9)	6,2 (2,1 – 18,8)	0,001	1,6 (0,4 – 6,4)	0,487
	<25	768 (92,1)	1		1	
Tiền sử THA thai kỳ/TSG	Có	17 (2,0)	14,4 (3,6 – 56,6)	0,000	19,1 (3,1 – 119,4)	0,002
	Không	817 (98,0)	1		1	
Tăng cân quá mức	Có	148 (17,7)	7,3 (2,6 – 20,9)	0,000	9,8 (2,7 – 35,5)	0,000
	Không	686 (82,3)	1		1	
Mang thai con so	Có	297 (35,6)	0,9 (0,3 – 2,7)	0,853	1,8 (0,4 – 7,6)	0,413
	Không	537 (64,4)	1		1	
Đái tháo đường thai kỳ	Có	228 (27,3)	1,3 (0,5 – 4,0)	0,600	1,1 (0,3 – 3,6)	0,873
	Không	606 (72,2)	1		1	
	Cholesterol toàn phần	834	0,8 (0,5 – 1,2)	0,253	0,9 (0,3 – 2,6)	0,841
	LDL-cholesterol	834	0,6 (0,4 – 1,1)	0,099	0,8 (0,3 – 2,4)	0,719
	HDL-cholesterol	834	0,4 (0,1 – 2,1)	0,266	0,6 (0,5 – 7,2)	0,695
	Triglycerid	834	1,6 (1,2 – 2,1)	0,002	1,5 (1,002- 2,2)	0,049

Bảng 3 thể hiện các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp thai kỳ. Trong các thành phần lipid huyết thanh, chỉ có triglycerid có mối liên quan: mỗi mmol/L nồng độ triglycerid huyết thanh tăng lên ở quý III làm tăng nguy cơ mắc tăng huyết áp thai kỳ 1,5 lần trong khi các thành phần lipid khác không có sự liên quan. Ngoài ra, tuổi, tiền sử tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật ở lần có thai trước và tăng cân quá mức khi có thai cũng

là yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp thai kỳ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra giá trị nồng độ lipid huyết thanh trong 3 tháng cuối thai kỳ. Giá trị nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol và triglycerid trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của

các tác giả Wang và cộng sự (2019)[9] và Bever và cộng sự (2020)[2]. Một số tác giả khác cho kết quả chênh lệch nhiều hơn so với kết quả của chúng tôi, nguyên nhân có thể là do cỡ mẫu nhỏ[1].

Nồng độ các thành phần lipid bao gồm cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol và triglycerid thay đổi rõ rệt trong thai kỳ bình thường. Sự xuất hiện hiện tượng đề kháng insulin trong quý III thai kỳ dẫn tới dừng quá trình tích lũy mỡ đồng thời tăng hoạt động ly giải mỡ lại mô mỡ. Ngoài ra, estrogen còn kích thích gan sản xuất lipoprotein tỷ trọng rất thấp và giảm hoạt tính lipase tại gan. Kết quả là trong giai đoạn cuối thai kỳ có sự tăng rõ rệt nồng độ triglycerid cùng với tăng nhẹ phospholipid và cholesterol huyết thanh. Những thay đổi này phản ánh đáp ứng của người mẹ với nhu cầu năng lượng của thai, đồng thời là sự chuẩn bị cho quá trình chuyển dạ và tiết sữa.

Tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,8%. Kết quả này tương tự kết quả của tác giả Jin và cộng sự tại Trung Quốc[4]. Tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ như mang thai con so, đa thai, tiền sử tiền sản giật ở lần có thai trước, tăng huyết áp mạn tính, đái tháo đường trước và trong khi có thai, tuổi mẹ từ 35 trở lên, bệnh thrombophilia, bệnh lupus ban đỏ hệ thống, béo phì, hội chứng kháng phospholipid, bệnh thận và hỗ trợ sinh sản. Sự khác biệt trong quần thể nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc tăng huyết áp thai trong nghiên cứu.

Các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp thai kỳ trong phân tích đơn biến ở nghiên cứu của chúng tôi là tuổi từ 35 trở lên, tình trạng thừa cân hoặc béo phì trước khi có thai, tiền sử tiền sản giật/tăng huyết áp ở lần có thai trước, tăng cân quá mức khi có thai, nồng độ triglycerid huyết thanh. Do tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ nên các

yếu tố nguy cơ khác đã không tìm thấy trong nghiên cứu này. Sau khi đưa vào mô hình đa biến, các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp thai kỳ là nồng độ triglycerid huyết thanh, tuổi mẹ 35 trở lên, tiền sử tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật ở lần có thai trước và tăng cân quá mức khi có thai. Trong các thành phần lipid huyết thanh được nghiên cứu, chỉ có nồng độ triglycerid huyết thanh trong 3 tháng cuối thai kỳ có liên quan tới tăng huyết áp thai kỳ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Jin và cộng sự tại Trung Quốc[4]. Tương tự như vậy, Spracklen (2014) đã phân tích gộp 74 nghiên cứu và cho thấy tăng nồng độ cholesterol toàn phần, cholesterol không phải HDL và triglycerid trong quý I/II và quý III thai kỳ ở thai phụ về sau bị tiền sản giật so với thai phụ có huyết áp bình thường[7]. Như vậy mặc dù triglycerid là lipid có mức độ tăng nhiều nhất trong quý III thai kỳ nhưng nồng độ triglycerid huyết thanh tăng cao là một yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp thai kỳ ở phụ nữ có thai.

Cơ chế của rối loạn lipid trong bệnh tiền sản giật vẫn chưa được nghiên cứu rõ ràng. Tăng triglycerid huyết thanh là yếu tố nguy cơ cao nhất với tiền sản giật với cơ chế được đưa ra là sự tích lũy triglycerid ở các tế bào nội mạc động mạch tử cung gây ra giảm sản xuất prostaglandin và dẫn tới rối loạn chức năng nội mạc đồng thời tăng stress oxy hóa. Sự giải phóng acid béo tự do và apo-CIII từ triglycerid làm tăng stress oxy hóa và các đáp ứng gây ra xơ vữa mạch ở đại thực bào và tế bào nội mạc. Ở mức độ gen, Oudir và cộng sự đã báo cáo về tăng triglycerid huyết thanh có liên quan với bất thường methyl hóa của gen ALX4 tại bánh rau, gen này có vai trò trong sự phát triển bánh rau[5].

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam về nồng độ lipid huyết thanh ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn một số

điểm hạn chế. Thứ nhất là nghiên cứu được tiến hành ở bệnh viện Bạch Mai nên chưa đủ sự đa dạng về đối tượng nghiên cứu. Một nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn sẽ có tính đại diện cao hơn. Thứ hai là có thể có sai số nhớ lại của thai phụ về tiền sử thai sản và cân nặng trước khi có thai. Cuối cùng là chúng tôi không thể loại trừ một số yếu tố ảnh hưởng như chế độ ăn và tình trạng ít vận động trong thai kỳ. Do vậy, cần có nghiên cứu thêm để làm sáng tỏ mối quan hệ giữa lối sống của thai phụ, tình trạng rối loạn lipid và biến chứng tăng huyết áp thai kỳ.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerid huyết thanh ở quý III thai kỳ lần lượt là $6,49 \pm 0,04$; $3,37 \pm 0,34$; $1,83 \pm 0,01$ và $3,11 \pm 0,40$ (mmol/L). Thai phụ bị tăng huyết áp thai kỳ có nồng độ triglycerid huyết thanh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thai phụ không mắc bệnh. Sau khi hiệu chỉnh với các yếu tố khác, tăng nồng độ triglycerid huyết thanh là một yếu tố liên quan tới sự xuất hiện tăng huyết áp thai kỳ ở thai phụ Việt Nam. Cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol và HDL-cholesterol không có liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp thai kỳ.

Xung đột lợi ích: Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belo, L., et al.,** Changes in LDL size and HDL concentration in normal and preeclamptic pregnancies. *Atherosclerosis*, 2002. 162(2): p. 425-32.
2. **Bever, A.M., et al.,** Maternal preconception lipid profile and gestational lipid changes in relation to birthweight outcomes. *Scientific Reports*, 2020. 10(1): p. 1374.
3. **Bujang, M.A., et al.,** Sample Size Guidelines for Logistic Regression from Observational Studies with Large Population: Emphasis on the Accuracy Between Statistics and Parameters Based on Real Life Clinical Data. *Malays J Med Sci*, 2018. 25(4): p. 122-130.
4. **Jin, W.-Y., et al.,** Associations between maternal lipid profile and pregnancy complications and perinatal outcomes: a population-based study from China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016. 16(1): p. 60.
5. **Ouidir, M., et al.,** Early pregnancy dyslipidemia is associated with placental DNA methylation at loci relevant for cardiometabolic diseases. *Epigenomics*, 2020. 12(11): p. 921-934.
6. **Piechota, W. and A. Staszewski,** Reference ranges of lipids and apolipoproteins in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1992. 45(1): p. 27-35.
7. **Spracklen, C.N., et al.,** Maternal hyperlipidemia and the risk of preeclampsia: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 2014. 180(4): p. 346-58.
8. **Wang, C., et al.,** Recommended reference values for serum lipids during early and middle pregnancy: a retrospective study from China. *Lipids in Health and Disease*, 2018. 17(1): p. 246.
9. **Wang, J., Z. Li, and L. Lin,** Maternal lipid profiles in women with and without gestational diabetes mellitus. *Medicine (Baltimore)*, 2019. 98(16): p. e15320.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SINH KHÁNG THỂ SAU TIÊM VẮC XIN PHÒNG VIÊM GAN B Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Hà Phan Hải An²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu này đánh giá kết quả sinh kháng thể anti-HBs sau tiêm vắc xin phòng viêm gan B liều đơn và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng sinh kháng thể ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi và tiền cứu trên 61 người bệnh lọc thận từ tháng 7/2022 đến tháng 3/2023. Nhóm hồi cứu gồm bệnh nhân đã tiêm đủ vắc xin trước lọc máu, nhóm tiền cứu gồm bệnh nhân HBsAg và/hoặc anti-HBc toàn phần âm tính, anti-HBs <10 UI/L, không bị bệnh cấp tính. Định lượng anti-HBs cho BN hồi cứu. Các bệnh nhân tiền cứu được tiêm bắp vắc xin Heberbiovac liều 20 µg tháng 0,1,2 và định lượng anti-HBs tháng thứ 3. Nếu kết quả <10 UI/L tiêm ngay mũi 4 liều 20 µg và định lượng lại anti-HBs vào tháng thứ 4. **Kết quả:** Có 29 BN hồi cứu và 32 BN tiền cứu, nữ chiếm 42.62%, tuổi trung bình 45.7 ± 15.2, trong đó 1/29 BN hồi cứu (3,4%) không còn kháng thể anti-HBs lưu hành ở trung vị thời gian 46 tháng (6-334 tháng) sau tiêm mũi cuối. 78,1% bệnh nhân tiền cứu đáp ứng sinh anti-HBs sau 3 mũi tiêm và 100% đáp ứng kháng thể sau 4 mũi. Trung vị anti-HBs của BN hồi cứu được tiêm mũi 4 cách mũi 3 từ 12

tháng trở xuống và trên 12 tháng tương ứng là 728,6 UI/L (49,89-1000 UI/L) và 82,44 UI/L (6,88-492,9 UI/L). Người dưới 50 tuổi có tỷ lệ đáp ứng 94,3%, cao hơn người từ 50 tuổi trở lên (76,9%). Không có sự khác biệt đáng kể về thời gian lọc máu và chỉ số xét nghiệm giữa các nhóm. **Kết luận:** Tiêm vắc xin trước lọc máu tạo đáp ứng kháng thể cao và bền vững, tiêm sau lọc máu vẫn đạt 100% đáp ứng sau 4 mũi. Người dưới 50 tuổi đáp ứng tốt hơn.

Từ khóa: thận nhân tạo chu kỳ, vắc xin viêm gan B

SUMMARY

EVALUATION OF ANTIBODY RESPONSE POST VACCINATION AGAINST VIRAL HEPATITIS B AMONG PATIENTS RECEIVING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL OF NGHE AN

Objective: This study evaluated the anti-HBs antibody response following a single-dose hepatitis B vaccine and investigated factors affecting antibody response in hemodialysis patients at Nghe An General Friendship Hospital. **Methods:** A combined retrospective and prospective study was conducted on 61 dialysis patients from July 2022 to March 2023. The retrospective group included patients who had completed vaccination before dialysis. The prospective group included HBsAg and/or total anti-HBc-negative patients, with anti-HBs <10 IU/L, and without acute illness. Anti-HBs levels were measured in the retrospective group. Prospective patients received intramuscular Heberbiovac (20 µg) at months 0, 1, and 2, with

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Linh
SĐT: 0396935383

Email: bslinh1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

anti-HBs measured at month 3. If anti-HBs remained <10 IU/L, a fourth dose was administered, followed by re-evaluation at month 4. **Results:** The study included 29 retrospective and 32 prospective patients, with females accounting for 42.62% and an average age of 45.7 ± 15.2 years. One retrospective patient (3.4%) had no circulating anti-HBs after a median of 46 months (6-334 months) following the final dose. In the prospective group, 78.1% responded with anti-HBs production after 3 doses, and 100% responded after 4 doses. Median anti-HBs levels for retrospective patients who received a fourth dose within 12 months of the third dose was 728.6 IU/L (49.89-1000 IU/L), and 82.44 IU/L (6.88-492.9 IU/L) for those who received the fourth dose after more than 12 months. Patients under 50 years of age had a higher response rate (94.3%) compared to those aged 50 and above (76.9%). There were no significant differences in dialysis duration or laboratory parameters between groups. **Conclusion:** Pre-dialysis vaccination induces a strong and sustained antibody response, while post-dialysis vaccination still achieves 100% response after 4 doses. Patients under 50 years old respond better.

Keywords: maintenance hemodialysis, Hepatitis B vaccine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B (viêm gan B) là một bệnh truyền nhiễm phổ biến đang được quan tâm của nhiều nước trên thế giới với tỉ lệ mắc bệnh cao và thường để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng. Vào năm 2016 có 3,9% dân số thế giới đang sống với tình trạng nhiễm virus viêm gan B (HBV) với 900.000 người tử vong do nhiễm HBV¹. Việt Nam nằm trong khu vực có tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất thế giới với số người nhiễm virus ước tính 8-10 triệu người². Tiêm vắc xin phòng viêm gan B là một trong những biện pháp tốt nhất hiện nay để phòng ngừa bệnh cũng như làm giảm tỷ lệ

viêm gan, xơ gan, ung thư gan và tử vong. Bệnh nhân TNT tiềm ẩn nhiều nguy cơ lây nhiễm HBV hơn người không lọc máu. Nhiễm HBV không chỉ tổn hại trực tiếp đến sức khỏe BN lọc máu mà còn ảnh hưởng xấu đến triển vọng ghép thận³. Bên cạnh đó những BN này nếu không được phát hiện sớm, quản lý đúng sẽ là nguồn lây nhiễm chéo cho những người cùng điều trị và cả nhân viên y tế. Tiêm vắc xin phòng viêm gan B là phương pháp tốt nhất hiện nay để phòng ngừa bệnh cũng như làm giảm tỷ lệ lây nhiễm chéo trong lọc máu. Tuy nhiên đáp ứng miễn dịch sau tiêm phòng vắc xin viêm gan B trên đối tượng này vẫn còn là một thách thức. Một số nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy khoảng một phần ba số BN lọc máu chu kỳ không đáp ứng với phác đồ tiêm chủng mặc dù được tiêm với liều gấp đôi người bình thường (40 μ g mỗi liều)^{3, 4}. Tại Việt Nam các nghiên cứu trong nước về đáp ứng miễn dịch của BN TNT chu kỳ với vắc xin phòng viêm gan B còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả sinh kháng thể sau tiêm vắc xin phòng viêm gan B ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An với mục tiêu đánh giá kết quả sinh kháng thể anti-HBs sau tiêm vắc xin phòng viêm gan B và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng sinh kháng thể sau tiêm phòng vắc xin ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị đa Khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ ngoại trú tại Khoa Nội Thận - BVHNĐKNA.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, thuộc cả 2 giới nam và nữ
- Đang lọc máu chu kỳ ngoại trú từ 3 tháng trở lên ổn định.

- Nhóm hồi cứu gồm những người đã tiêm vắc xin phòng viêm gan B trước khi bắt đầu lọc máu (qua hỏi tiền sử và tra cứu trên hệ thống phần mềm của trung tâm tiêm chủng).

- Nhóm tiền cứu gồm những người chưa tiêm vắc xin viêm gan B và chưa nhiễm virus viêm gan B (có kết quả xét nghiệm HBsAg, anti-HBc toàn phần âm tính và anti-HBs <10 UI/L).

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính.

- Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm HBsAg (+) và/hoặc anti-HBc toàn phần (+), và/hoặc anti-HBs >10 UI/L.

- Bệnh nhân tiêm phòng vắc xin viêm gan B không đủ liệu trình, tiêm không đúng thời gian, không nhớ rõ số mũi đã tiêm, không có bằng chứng khẳng định việc đã tiêm vắc xin (không tìm thấy tên trên hệ thống ghi nhận tiêm chủng).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 07/2022-03/2023 tại Khoa Nội Thận- Tiết niệu- Lọc máu – BVHNĐKNA.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

2.5. Cơ mẫu: 61 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

29 bệnh nhân hồi cứu có đầy đủ thông tin tại hệ thống phần mềm của trung tâm tiêm chủng, là những người đã được tiêm đủ 4 mũi vắc xin phòng viêm gan B trước khi bắt đầu lọc máu với liều 20µg (Engerix B), được lấy 2ml máu tĩnh mạch vào thời điểm trước lọc máu để định lượng kháng thể anti-HBs. 32 bệnh nhân tiền cứu được tiêm vắc xin phòng viêm gan B với phác đồ thường quy. Bệnh nhân được sử dụng vắc xin cùng nhà

sản xuất cho tất cả các lần tiêm (Heberbiovac), liều 20 µg (1ml), đường bắp thịt tiêm vào cơ delta ở cánh tay không có đường vào mạch máu vào ngày không lọc máu, tổng 3 mũi cách nhau 1 tháng. Sau tiêm mũi vắc xin thứ ba 1 tháng lấy 2ml máu tĩnh mạch vào thời điểm trước lọc máu để định lượng kháng thể anti-HBs. Những BN có nồng độ kháng thể anti-HBs <10 UI/L ở thời điểm 1 tháng sau mũi vắc xin thứ 3 được chỉ định tiêm ngay mũi thứ tư tăng cường đường bắp thịt, liều 20 µg (1ml) và lấy 2ml máu tĩnh mạch để định lượng kháng thể anti-HBs sau tiêm mũi thứ tư 1 tháng. Định lượng kháng thể anti-HBs bằng kỹ thuật miễn dịch điện hóa hóa phát quang trên máy Cobas 6000 với hóa chất anti-HBs của hãng Roche tại khoa xét nghiệm phòng khám Medlatec Thành Phố Vinh, tỉnh Nghệ An. Ghi nhận các thông số kỹ thuật của lọc máu, các kết quả xét nghiệm thường quy từ hồ sơ bệnh án của tất cả bệnh nhân ở 2 nhóm nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất. Đáp ứng tạo kháng thể anti-HBs được phiên giải như sau: không đáp ứng khi anti-HBs <10 UI/L; có đáp ứng khi anti-HBs >10 UI/L, đáp ứng yếu khi anti-HBs 10-49 UI/; đáp ứng trung bình khi anti-HBs 50-99 UI/L; đáp ứng tốt khi anti-HBs > 100 UI/L.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê mô tả, thống kê phân tích. Tính giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn đối với biến định lượng có phân bố chuẩn, giá trị trung vị với biến định lượng có phân bố không chuẩn. Sử dụng T- Test để so sánh 2 trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả phân tích được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thao tác nghiên cứu tuân thủ quy trình điều trị và chăm sóc thường quy theo quy định của cơ quan quản lý, đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học và Đạo đức trường

Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định số 1196 ngày 16 tháng 05 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 61 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tuân thủ đúng quy trình nghiên cứu được đưa vào phân tích, trong đó có 29 BN hồi cứu và 32 BN tiến cứu, nam 35 người, nữ 26 người, tuổi trung bình $45,7 \pm 15,2$ năm.

Trung vị khoảng thời gian từ khi tiêm mũi vắc xin cuối cùng đến thời điểm làm xét nghiệm định lượng kháng thể anti-HBs ở 29 BN hồi cứu là 46 tháng (6-334 tháng), và trung bình là 57,4 tháng. Chúng tôi nhận thấy chỉ có 1/29 (3,4%) BN được tiêm vắc xin trước khi bắt đầu lọc máu không còn kháng thể anti-HBs lưu hành, có 17/29 (58,7%) còn kháng thể lưu hành ở mức độ cao (bảng 1). Trung vị nồng độ kháng thể ở người được

tiêm mũi 4 cách mũi 3 từ 12 tháng trở xuống là 728,6 UI/L (49,89-1000 UI/L), còn ở người được tiêm mũi 4 cách mũi 3 trên 12 tháng chỉ đạt 82,44 UI/L (6,88-492,9 UI/L).

Bảng 1. Tình trạng tạo kháng thể anti-HBs ở bệnh nhân được tiêm vắc xin trước khi bắt đầu lọc máu

Nồng độ kháng thể Anti-HBs, UI/L	n	%
< 10	1	3,4
10 – <100	11	37,9
> 100	17	58,7
Tổng	29	100

Tỷ lệ đáp ứng tạo kháng thể anti-HBs sau tiêm vắc xin theo phác đồ thường quy ở BN nhóm tiến cứu là 78,1% (25/32), trong đó có tới 62,5% (20/32) có đáp ứng tốt với kháng thể lưu hành ở mức độ cao (bảng 2).

Bảng 2. Tình trạng tạo kháng thể anti-HBs tại thời điểm 1 tháng sau tiêm mũi thứ 3 ở bệnh nhân được tiêm sau khi đã bắt đầu lọc máu

Đáp ứng tạo anti-HBs tại thời điểm 1 tháng sau tiêm 3 mũi vắc xin	Số bệnh nhân	
	n	%
Không đáp ứng	7	21,9
Có đáp ứng	25	78,1
+ Đáp ứng yếu	4	12,5
+ Đáp ứng trung bình	1	3,1
+ Đáp ứng tốt	20	62,5
Tổng	32	100

Bảy (7) BN không đáp ứng sau 3 mũi vắc xin đã được tiêm tăng cường mũi thứ tư 1 tháng sau đó. Các BN này được làm xét nghiệm định lượng nồng độ anti-HBs 1 tháng sau mũi 4. Kết quả đáp ứng với mũi tiêm thứ tư được trình bày ở bảng 3 và chúng tôi nhận thấy tất cả 7 BN này đều có đáp ứng với mũi tiêm thứ 4.

Bảng 3. Mức độ đáp ứng miễn dịch 1 tháng sau tiêm mũi thứ 4 bổ sung

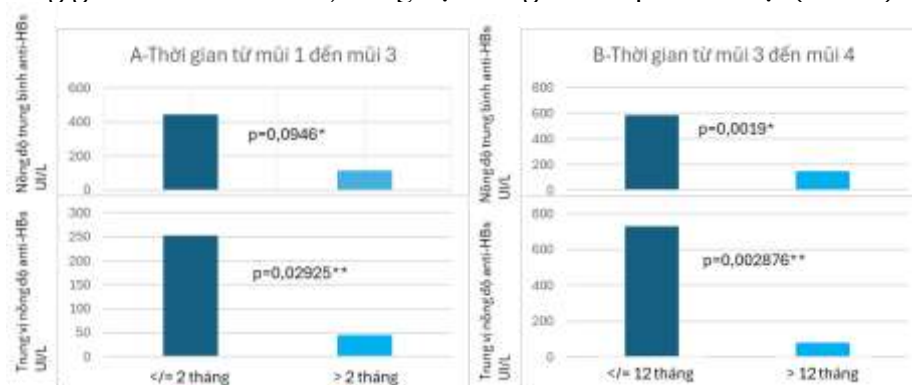
Đáp ứng tạo anti-HBs tại thời điểm 1 tháng sau tiêm 4 mũi vắc xin	Số bệnh nhân n=7	
	n	%
Không đáp ứng	0	0
Có đáp ứng	7	100
Đáp ứng yếu-trung bình	4	57,1
Đáp ứng tốt	3	42,9
Tổng	7	100

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ có đáp ứng tạo anti-HBs sau tiêm vắc xin ở người dưới 50 tuổi đạt 94,3% và cao hơn rõ rệt so với người từ 50 tuổi trở lên (76,9%) với $p < 0,05$ (bảng 4).

Bảng 4. Tỷ lệ đáp ứng vắc xin và độ tuổi

Tuổi Đáp ứng với vắc xin	<50 (n=35)		≥50 (n=26)		Tổng (N=61)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không đáp ứng	2	5,7	6	23,1	8	13,1	0,046
Có đáp ứng	33	94,3	20	76,9	53	86,9	
Tổng	35	100	26	100	61	100	

Khi phân tích 29 người được tiêm vắc xin trước khi bắt đầu lọc máu, chúng tôi nhận thấy khoảng cách giữa các mũi tiêm vắc xin cũng có ảnh hưởng đến khả năng sinh kháng thể. Nếu khoảng cách giữa các mũi tiêm vượt quá thời gian khuyến cáo (quá 2 tháng giữa mũi 1 và mũi 3; quá 12 tháng giữa mũi 3 và mũi 4) nồng độ kháng thể thấp hơn rõ rệt (hình 1).

**Hình 1. Khoảng thời gian giữa các mũi vắc xin và nồng độ kháng thể anti-HBs**

Khi phân tích tỷ lệ BN có đáp ứng với vắc xin liên quan tới thời gian được lọc máu ở nhóm tiên cứu, chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng có ý nghĩa giữa người được lọc máu dưới 12 tháng so với người được lọc máu từ 12 tháng trở lên (bảng 5).

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng với vắc xin và thời gian lọc máu.

Thời gian Đáp ứng với vắc xin	<12 tháng n=16		≥12 tháng n=16		Tổng N=32		p
	n	%	n	%	n	%	
Không đáp ứng	3	18,7	4	25,0	7	21,9	> 0,05
Có đáp ứng	13	81,3	12	75,0	25	78,1	
Tổng	16	100	16	100	32	100	

Bảng 6 trình bày kết quả một số xét nghiệm máu thường quy ở các nhóm BN có mức độ đáp ứng với vắc xin khác nhau. Chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về các chỉ số này giữa các nhóm BN nghiên cứu.

Bảng 6. Một số chỉ số xét nghiệm máu thường quy và mức độ đáp ứng với vắc xin

Mức độ đáp ứng	Không đáp ứng	Đáp ứng yếu	Đáp ứng trung bình	Đáp ứng tốt	p
Chỉ số ($\bar{X} \pm SD$)					
Albumin g/l	39,1±3,1	38,5±4,9	42,2±3,3	39,8±4,1	>0,05
Hemoglobin, g/L	107,6±2,4	90,9±23,6	89,3±10,7	95,6±16,9	>0,05
Sắt huyết thanh $\mu\text{mol/L}$	14,8±2,8	9,9±1,2	12,1±1,6	11,7±0,8	>0,05
Ferritin ng/mL	531,8±414,6	585,8±324,5	581,6±354,2	555,7±297,9	>0,05
Canxi toàn phần mmol/l	1,9±0,3	2,2±0,2	1,9±0,6	2,1±0,3	>0,05
Phospho mmol/l	1,6±0,3	1,9±0,8	2,1±0,4	1,8±0,6	>0,05
PTH pg/ml	619,3±374,3	1213,6±1529,6	766,6±783,8	757,7±899,3	>0,05

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy hầu hết BN nghiên cứu được tiêm vắc xin phòng viêm gan B trước khi lọc máu có thể duy trì đáp ứng khá bền vững với vắc xin, tại thời điểm cách mũi tiêm cuối cùng dài nhất là 334 tháng vẫn còn kháng thể anti-HBs ở mức cao. Nghiên cứu của Buti M và cộng sự cho thấy 3 năm sau khi tiêm vắc-xin thành công, chỉ có 41% BN lọc máu chu kỳ có nồng độ kháng thể anti-HBs còn phát hiện được ⁶. Trong nghiên cứu của Hosam I. Mohammed trên 50 BN lọc máu chu kỳ sau 3 năm theo dõi chỉ còn 59% BN phát hiện được kháng thể anti-HBs ⁵. Nghiên cứu của Pin và cộng sự trên 136 BN lọc máu chu kỳ cho thấy sau 1 năm theo dõi có 67,8% BN còn kháng thể bảo vệ và chỉ còn 18% BN duy trì miễn dịch sau 6 năm tiêm chủng ⁶. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy không nên để khoảng cách từ mũi tiêm thứ 3 đến mũi tiêm thứ 4 vượt quá 12 tháng vì điều này dường như làm giảm nồng độ kháng thể anti-HBs ở người được tiêm phòng.

Trong số 32 BN nghiên cứu được tiêm vắc xin phác đồ cơ bản 3 mũi liều đơn sau khi đã bắt đầu lọc máu, tỷ lệ có đáp ứng với vắc xin đạt 78,1% (25/32). Tỷ lệ này đạt 100% nếu BN được tiêm 4 mũi liều đơn cách nhau 1 tháng mà không chờ đủ 6 tháng tới 12 tháng. Nguyễn Văn Tín tiêm vắc xin viêm gan B liều 40 µg mỗi tháng trong 3 tháng cho 14 BN và định lượng kháng thể anti-HBs ở thời điểm 4 tháng sau mũi thứ 3. Kết quả cho thấy tỷ lệ BN có đáp ứng với vắc xin là 85,7%, còn 14,3% BN không đáp ứng sau 3 liều và cần tiêm thêm 1 liều bổ sung ⁷. Samir H, Almueillov tiêm 4 mũi vắc xin viêm gan B liều 40µg mỗi mũi (0, 1, 2, 6 tháng) cho 101 BN lọc máu chu kỳ và định lượng kháng thể anti-HBs ở thời điểm 6 tuần sau mũi thứ 4. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có đáp ứng với vắc xin là 70,3% còn 29,7% BN không đáp ứng⁸. Susan Mohammadi Kebar tiêm vắc xin liều 40 µg vào các tháng 0,1,6

sau lọc máu. Sau 1 tháng kể từ liều vắc xin cuối cùng tỷ lệ BN không đáp ứng với vắc xin là 19,8%; đáp ứng 1 phần là 39,5%, đáp ứng hoàn toàn là 40,7% ⁹. Khailid Al Saran tiêm vắc xin cho 144 BN lọc máu chu kỳ liều 40µg vào các tháng 0, 1, 2, 6. Sau 1 tháng kể từ mũi thứ 4 tỷ lệ BN đáp ứng với vắc xin là 89,6% ¹⁰ Dựa trên kinh nghiệm thực hành tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho các BN suy giảm miễn dịch, chúng tôi đã quyết định tiêm mũi 4 sau tiêm mũi thứ ba 1 tháng. Tỷ lệ đáp ứng của BN nghiên cứu được cải thiện rõ rệt mặc dù được tiêm liều đơn. Trong khi hầu hết các nghiên cứu trên thế giới và trong nước đều sử dụng phác đồ tiêm chủng chuẩn là 4 mũi (0,1, 2, 6) hoặc 3 mũi (0,1, 6) với liều gấp đôi (40µg) so với người bình thường khỏe mạnh (20µg), tỷ lệ đáp ứng với vắc xin cũng không đạt 100%. Điều này có thể một phần liên quan đến độ tuổi còn trẻ của nhóm BN nghiên cứu. Tuy nhiên cần có cơ sở mẫu nghiên cứu đủ lớn để đánh giá và số liệu thu được có thể làm rõ nên tiêm vắc xin cho BN chạy TNT với mức liều nào để đạt chỉ số giá thành/hiệu quả tối ưu trong điều kiện hiện tại.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ có đáp ứng với vắc xin ở người dưới 50 tuổi cao hơn rõ rệt so với người từ 50 tuổi trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Erkan Dervisoglu¹¹. Tác giả này nhận thấy BN lọc máu dưới 50 tuổi có sự đáp ứng miễn dịch với vắc xin viêm gan B tốt hơn nhóm trên 50 tuổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,08$. Nghiên cứu của Samir H, Almueillo ⁸, Susan Mohammadi Kebar ⁹ cũng thấy có mối tương quan nghịch mức độ chặt giữa nồng độ kháng thể anti-HBs với tuổi.

Thời gian lọc máu trong nghiên cứu của chúng tôi không gây ảnh hưởng đến đáp ứng sinh kháng thể sau tiêm vắc xin ở nhóm tiên cứu. Khailid Al Saran ¹⁰ nghiên cứu tỷ lệ và mức độ đáp ứng với vắc xin viêm gan B trên 176 BN TNT chu kỳ nhận thấy không có sự khác biệt giữa mức độ chuyển đổi huyết thanh với thời gian lọc máu ($p=0,5$)

Chúng tôi khảo sát các chỉ số xét nghiệm máu thường quy ở BN nghiên cứu để tìm kiếm thêm ảnh hưởng của chúng lên đáp ứng với vắc xin, tuy nhiên không tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa nào của các giá trị trung bình giữa các nhóm BN có mức độ đáp ứng với vắc xin khác nhau. Có thể tình trạng đáp ứng này chịu tác động của một số yếu tố khác chưa được khảo sát trong nghiên cứu này. Chúng tôi không có đủ điều kiện để làm thêm những thăm dò bổ sung do nguồn lực hạn chế. Tác giả Khailid Al Saran báo cáo nồng độ albumin trung bình của nhóm đáp ứng vắc xin và không đáp ứng vắc xin lần lượt là $33,6 \pm 4,1$; $32,7 \pm 3,6$ g/L, không khác biệt với $p=0,27^{10}$. Nghiên cứu của Samir H. Almueilo⁸, cũng không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ kháng thể anti-HBs với Hemoglobin, ferritin máu. Các nhóm tác giả Erkan Dervisoglu¹¹; Samir H. Almueilo⁸ đều không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ phospho máu và PTH với mức độ đáp ứng vắc xin.

Chúng tôi nhận thấy định lượng kháng thể sau tiêm 3 mũi vắc xin cơ bản rất hữu ích, giúp hướng dẫn tiêm mũi tiếp theo sao cho hiệu quả. Nếu BN không sinh kháng thể sau tiêm 3 mũi có thể tiêm ngay mũi 4 sau đó 1 tháng mà không nên chờ đủ 6 tháng hay 1 năm như thông lệ. Bên cạnh đó cũng cần định lượng lại kháng thể anti-HBs cho các BN đã được tiêm đủ vắc xin phòng viêm gan B trước khi bắt đầu lọc máu, nếu có người không còn đủ kháng thể bảo vệ cần tiêm nhắc lại.

Mặc dù đã cố gắng đảm bảo sự nhất quán và tuân thủ nghiêm ngặt đề cương nghiên cứu để giảm thiểu các yếu tố nhiễu, theo dõi BN chặt chẽ để thu thập đầy đủ số liệu phân tích nhưng nghiên cứu có hạn chế là cỡ mẫu còn khá nhỏ; thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được đáp ứng với vắc xin có bền vững hay không nếu tiêm sau khi đã bắt đầu lọc máu. Tuy nhiên kết quả ban đầu của chúng tôi cho thấy kết quả đáp ứng khả quan khi tiêm vắc xin theo phác đồ điều chỉnh (4 mũi vắc xin tiêm bắp ở tháng 0, 1, 2, 3) với liều đơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 61 BN bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ ngoại trú đang điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An cho thấy tỷ lệ đáp ứng với vắc xin đạt mức rất cao nếu tiêm đủ phác đồ trước khi bắt đầu lọc máu. Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng của BN được tiêm sau khi bắt đầu lọc máu với liều đơn theo phác đồ điều chỉnh 4 mũi cách nhau 1 tháng cũng đạt 100%, với tỷ lệ đáp ứng tốt là 58,7-62,5%. BN ở độ tuổi dưới 50 có đáp ứng với vắc xin tốt hơn người từ 50 tuổi trở lên. Không nhận thấy tác động của các chỉ số Hemoglobin, albumin máu, tình trạng khoáng xương và thời gian lọc máu lên đáp ứng với vắc xin của BN. Định lượng nồng độ anti-HBs sau tiêm rất hữu ích để hướng dẫn thực hành. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn giúp đánh giá phác đồ tiêm điều chỉnh và liều vắc xin cần tiêm để đạt hiệu quả với giá thành phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, "Global Hepatitis Report", 2017, 79- 83.
2. **Trần Xuân Chương, Viêm Gan B**, Giáo trình sau đại học bệnh học truyền nhiễm, Nhà xuất bản Đại Học Huế, 2021, 145-180.
3. **Chan TM.**, "Hepatitis B virus and dialysis patients", Current Hepatology Report, 2010, 99-105.
4. **Karkar, Ayman; Bouhaha**, "Infection Control in Hemodialysis Units a Quick Access to Essential Elements", Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 2014, 496-519
5. **Hosam I. Mohammeda, Shaymaa F. Mohameda**, "Assessment of immune response to hepatitis B virus vaccine in chronic hemodialysis patients" Menoufia Medecine Journal, 2017, 184–189.
6. **Pin M.**, "Long-term evaluation of immune response to hepatitis B vaccine in 136

- patinets undergoing hemodialysis", *Nejrologia*, 2009, 415-420.
7. **Nguyễn Văn Tín, Trịnh Thị Thanh Hằng**, "Tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C và đáp ứng miễn dịch sau tiêm vacxin viêm gan B ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, pp. 7-10.
 8. **Samir H. Almueilo**, "Evaluation of Response to Hepatitis B Vaccination in Chronic Hemodialysis Patients", *Saudi Journal of Medicine*, 2017, 218-223.
 9. **Susan Mohamadi Kebar, Saeed Hoseininia**, "Investigation of the efficacy on hepatitis B vaccination in hemodialysis patient in Ardabil", *Iran Journal off renal infury Prevention*, 2019, 6-10.
 10. **Khalid Al Saran, Alaa Sabr**, "Factors Affecting Response to Hepatitis B vaccine among Hemodialysis Patient in a large Saudi Hemodialysis center", *Saudi Journal Kidney Disease Transplantation*, 2014, 185-191.
 11. **Erkan Dervisoglu, Melih Simsek**, "Antibody response followwing Hepatitis B vaccination in peritoneal dialysis patient: does normalized urea clearance matter?", *Clinical science*, 2011, 1559- 1562.

ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ LÂM SÀNG CỦA ESCHERICHIA COLI KHÁNG CARBAPENEM PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Hoàng Thị An Hà¹, Nguyễn Võ Dũng², Đậu Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm phân bố lâm sàng của các chủng *Escherichia coli* kháng carbapenem (CREC) tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024, trên cơ sở đó cung cấp dữ liệu để xây dựng các biện pháp hạn chế lây lan loại vi khuẩn này. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 524 chủng *E. coli* phân lập được từ các loại bệnh phẩm lâm sàng. **Kết quả:** Xác định được 41 chủng *E. coli* kháng và 1 chủng kháng trung gian carbapenem, chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,8% và 0,2%. Đờm là bệnh phẩm có tỷ lệ

phân lập được CREC cao nhất (16,7%), tiếp đó là các chủng từ nước tiểu (8,6%). CREC phân bố rải rác ở nhiều khoa lâm sàng trong toàn viện, tuy nhiên, các khoa Hồi sức (Hồi sức tích cực, Hồi sức chống độc, Hồi sức nhiễm khuẩn) và khoa Chống độc là những “điểm nóng” của CREC. Tỷ lệ CREC phân lập ở các khoa này cao hơn các khoa lâm sàng hệ nội (Nội A, nội tiêu hóa, Nội tổng hợp, Nội tim mạch, Bệnh nhiệt đới, ...) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa độ tuổi, giới tính, nơi cư trú với sự xuất hiện của CREC. **Kết luận:** CREC thường có mặt trong bệnh phẩm đờm, nước tiểu, máu, phân bố nhiều tại khoa Chống độc và các khoa Hồi sức. Do đó, cần tăng cường các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại các khoa này nhằm tránh lây lan CREC giữa bệnh nhân với bệnh nhân, bệnh nhân với môi trường khoa phòng cũng như quản lý, xử lý tốt bệnh phẩm để tiêu diệt vi khuẩn đề kháng, hạn chế sự phát tán các CREC và các gen đề kháng.

Từ khóa: *E. coli* kháng carbapenem, bệnh phẩm, khoa lâm sàng

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị An Hà
SĐT: 0965686435

Email: anha@vmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

SUMMARY

**CLINICAL DISTRIBUTION
CHARACTERISTICS OF
CARBAPENEM-
RESISTANT ESCHERICHIA
COLI STRAINS IN NGHE AN
FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL**

Objectives: To explore the clinical distribution characteristics of carbapenem-resistant *Escherichia coli* (CREC) in Nghe An Friendship General Hospital, from November 2023 to April 2019 to provide the database for developing measures to prevent the spread of CREC. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive 524 *E. coli* strains were isolated. **Results:** We identified 41 carbapenem-resistant *Escherichia coli* strains and 1 strain with intermediate resistance to carbapenems, representing rates of 7.8% and 0.2%, respectively. Sputum samples had the highest rate of carbapenem-resistant *E. coli* isolation (16.7%), followed by urine samples (8.6%). CREC was distributed across various clinical departments throughout the hospital; however, the departments of Intensive Care (Intensive Care Unit, Intensive Care for Toxicology, and Infectious Disease Intensive Care) and the Toxicology Department were identified as "hotspots" for CREC. The rate of CREC isolation in these departments was significantly higher than in internal medicine departments (Internal Medicine A, Gastroenterology, General Internal Medicine, Cardiology, Tropical Diseases, etc.) with statistically significant differences ($p < 0.05$). There was no correlation between age, sex, or residence with the presence of CREC. **Conclusion:** CREC is commonly found in sputum and urine specimens, with significant distribution in the Intensive Care and Toxicology departments. Therefore, it is necessary to enhance infection control measures in these departments to prevent the spread of CREC among patients, between patients and the hospital environment, and to pay special attention to

proper handling of sputum, urine, blood to eliminate resistant bacteria, limit the spread of CREC strains and their resistant genes.

Keywords: *E. coli*, carbapenem resistance, clinical departments, specimens.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Escherichia coli được biết đến là một loại trực khuẩn Gram âm phổ biến và là thành viên của họ Enterobacteriaceae, chịu trách nhiệm cho nhiều loại nhiễm trùng khác nhau, bao gồm nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng vết thương, nhiễm trùng đường hô hấp và nhiễm trùng đường tiết niệu. Carbapenem, kháng sinh β -lactam phổ rộng, được coi là "lựa chọn cuối cùng" để điều trị các nhiễm khuẩn do trực khuẩn gram âm, trong đó có *E. coli* gây ra. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, sự gia tăng đáng báo động trên toàn cầu về tỷ lệ mắc và tỷ lệ lưu hành *E. coli* kháng carbapenem (CREC) đã được đề cập, đặt ra mối đe dọa to lớn đối với sức khỏe con người [1]. Các chủng CREC gây ra những khó khăn trong điều trị bởi khả năng đa kháng kháng sinh dẫn tới tiêu hao chi phí y tế lớn và tỷ lệ tử vong cao. Gen quy định tính kháng carbapenem thường nằm cùng các gen đề kháng khác trên các yếu tố di truyền động như plasmid hoặc transposon. Đáng chú ý, các yếu tố này hoàn toàn có thể lan truyền trong quần thể *E. coli* và từ *E. coli* sang các vi khuẩn đường ruột khác gây nên các đợt bùng phát CRE (Enterobacteriaceae kháng carbapenem), cùng với các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn không phù hợp làm lây lan vi khuẩn đề kháng khiến tình trạng kháng kháng sinh trở nên đa dạng và phức tạp hơn [2, 3].

Phụ thuộc nhiều yếu tố dịch tễ học, các quần thể CREC được phát hiện trên toàn cầu rất khác nhau và thay đổi đáng kể theo khu vực địa lý. Điều này đặt ra những thách thức cho công tác phòng ngừa, quản lý và đòi hỏi phải giám sát liên tục. Do đó, phát hiện sớm

tình trạng kháng carbapenem và sự phân bố của chúng là cần thiết để bắt đầu các biện pháp kiểm soát nhiễm trùng hiệu quả, ngăn ngừa sự lây lan và lựa chọn kháng sinh điều trị thích hợp nhằm loại bỏ các tác nhân gây bệnh nguy hiểm này. Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, các chủng CREC đã được đề cập trong một số báo cáo [4, 5], tuy nhiên còn mang tính riêng lẻ trên một loại bệnh phẩm lâm sàng và chưa chú ý đến đặc điểm phân bố trong phạm vi toàn bệnh viện. Chính vì vậy, để có cái nhìn tổng quát hơn về sự có mặt của CREC, cung cấp bằng chứng vi sinh để xây dựng các biện pháp cụ thể nhằm kiểm soát hiệu quả sự lan truyền, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm phân bố của E. coli kháng carbapenem và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới sự xuất hiện loại vi khuẩn này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các chủng E. coli phân lập được từ nước tiểu, đờm, máu, dịch tiết và các mẫu bệnh phẩm lâm sàng khác có chỉ định thực hiện kháng sinh đồ trong thời gian nghiên cứu. Loại trừ các chủng E. coli không thực hiện thử nghiệm mức độ nhạy cảm với bất kỳ kháng sinh nhóm carbapenem nào và các chủng E. coli được phân lập lặp lại trên cùng 1 bệnh nhân.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Khoa Vi sinh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Số liệu được thu thập từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 524 chủng E. coli phân lập được từ các bệnh phẩm lâm sàng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ các chủng E. coli phân lập được trong giai đoạn nghiên cứu đáp ứng yêu cầu lựa chọn.

Phương pháp thu thập số liệu

Mẫu bệnh phẩm được các khoa phòng lấy được từ bệnh nhân được bảo quản đúng quy trình và vận chuyển tới khoa Vi sinh. Sau khi xác định mẫu đạt tiêu chuẩn sẽ được tiếp nhận và nuôi cấy trên môi trường thích hợp. Định danh vi khuẩn và thử nghiệm mức độ nhạy cảm với kháng sinh được thực hiện theo các quy trình được khuyến nghị của hệ thống VITEK-2 Compact (hệ thống định danh và kháng sinh đồ tự động VITEK-2 Compact) (Merieux, Pháp). Hai kháng sinh carbapenem được thử nghiệm là ertapenem và imipenem. Chủng chuẩn E. coli ATCC 25922 và Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853 được sử dụng để kiểm tra chất lượng. Kết quả phiên giải theo tiêu chuẩn CLSI M100 (2023). Vi khuẩn được coi là kháng carbapenem nếu không còn nhạy cảm với ít nhất một kháng sinh carbapenem thử nghiệm.

Các thông tin dịch tễ liên quan đến các chủng E. coli (loại bệnh phẩm, khoa điều trị, tuổi, nơi cư trú của bệnh nhân) được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm Excel được sử dụng để nhập các thông tin dịch tễ của chủng và mức độ nhạy cảm với kháng sinh carbapenem. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Các biến định tính được trình bày ở dạng tỷ lệ % và xác định các yếu tố liên quan bằng hồi quy logistic với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện tại khoa Vi sinh, không can thiệp trực tiếp tới bệnh nhân và quá trình điều trị. Thông tin và kết quả thu được phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. E. coli kháng carbapenem

Bảng 3.1. Tỷ lệ E. coli kháng các kháng sinh carbapenem

Kháng sinh	Mức độ nhạy cảm	
	Đề kháng (n)	Trung gian (n)
Ertapenem	12	0
Imipenem	0	1
Kháng ertapenem và imipenem	29	0
Tổng	41	1

Trong 524 chủng E. coli phân lập được từ các loại bệnh phẩm lâm sàng, có 29 chủng đề kháng đồng thời ertapenem và imipenem (chiếm 5,5%), 12 chủng chỉ kháng ertapenem, nhạy với imipenem (2,3%) và 1 chủng kháng trung gian với imipenem nhưng cho kết quả nhạy với ertapenem (0,2%). Như vậy, có tổng cộng 42 chủng E. coli đề kháng hoặc kháng trung gian với carbapenem

3.2. Đặc điểm phân bố các chủng E. coli kháng carbapenem

Bảng 3.2. Tỷ lệ E. coli kháng/kháng trung gian carbapenem theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	E. coli kháng/trung gian		E. coli nhạy cảm	
	n	%	n	%
≤ 20	0	0	9	100
21 - 40	2	6,1	31	93,9
41 - 60	5	4,0	120	96,0
> 60	35	9,8	322	90,2
Tuổi trung bình	69,6 (39 – 90)		65,3 (0 – 102)	

Tỷ lệ phân lập được E. coli kháng carbapenem cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi, không xuất hiện chủng kháng trong nhóm ≤ 20 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nhóm E. coli nhạy cảm là 65,3, trong nhóm kháng/kháng trung gian là 69,6 tuổi.

Bảng 3.3. Tỷ lệ E. coli kháng/kháng trung gian carbapenem phân lập được theo khoa lâm sàng

Khoa	E. coli		Nhạy cảm		Kháng/ trung gian	Tổng
	n	%	n	%		
Hội sức ngoại khoa	8	80,0	2	20,0	10	
Hội sức chống độc	30	81,1	7	18,9	37	
Hội sức nội khoa	20	95,2	1	4,8	21	
Chống độc	23	82,1	5	17,9	28	
Ngoại thận - tiết niệu	79	91,8	7	8,2	86	
Ngoại tổng hợp	101	92,7	8	7,3	109	
Virus – Ký sinh trùng	20	87,0	3	13,0	23	
Bỏng	18	90,0	2	10,0	20	
Nhiễm khuẩn tổng hợp	65	97,0	2	3,0	67	
Phục hồi chức năng	3	50,0	3	50,0	6	
Nội A	18	100	0	0	18	
Nội thận – tiết niệu – lọc máu	26	100	0	0	26	
Các khoa nội (hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tổng hợp, thần kinh)	29	93,5	2	6,5	31	
Khác	42	100	0	0	42	
Tổng	482	92,0	42	8,0	524	

Các khoa hồi sức chống độc, hồi sức ngoại khoa và khoa chống độc có tỷ lệ E. coli kháng carbapenem cao, 17,9% - 20,0%. Tại khoa Phục hồi chức năng, 3 trong số 6 chủng E. coli phân lập được cũng không còn nhạy cảm với nhóm kháng sinh này. Các khoa Bỏng, Ngoại thận – tiết niệu, Ngoại tổng hợp có tỷ kháng từ 7,3% - 10,0%. Không xuất hiện chủng kháng ở các khoa Nội A, Nội thận – tiết niệu – lọc máu.

Về sự phân bố, E. coli kháng carbapenem có mặt nhiều nhất ở các khoa Ngoại tổng hợp, Ngoại thận - tiết niệu và Hồi sức chống độc với tỷ lệ lần lượt là 19,0% (8/42), 16,7% (7/42) và 16,7% (7/42).

Bảng 3.4. Tỷ lệ E. coli kháng/kháng trung gian carbapenem phân lập được theo loại bệnh phẩm

Bệnh phẩm	E. coli		Kháng/trung gian		Tổng
	n	%	n	%	
Đờm	35	83,3	7	16,7	42
Nước tiểu	169	91,4	16	8,6	185
Máu	142	93,4	10	6,6	152
Dịch tiêu hóa, dịch ổ bụng	87	93,5	6	6,5	93
Dịch mủ: da, mô mềm (vết thương, vết mổ, vết loét)	45	93,8	3	6,2	48
Khác	4	100	0	0	4
Tổng	482	92,0	42	8,0	524

Trong số 524 chủng phân lập được từ 524 mẫu bệnh phẩm, E. coli được tìm thấy nhiều nhất từ các mẫu máu và nước tiểu, trong đó tỷ lệ E. coli kháng carbapenem ở các loại mẫu này là 6,6% và 8,6%. Mặc dù chỉ 35 mẫu đờm phân lập được E. coli nhưng tỷ lệ chủng kháng carbapenem trong loại mẫu này cao nhất (16,7%).

Về sự phân bố các chủng đề kháng theo loại bệnh phẩm, E. coli có mặt nhiều nhất ở các mẫu nước tiểu, chiếm 38,1% (16/42), tiếp đó là các bệnh phẩm máu, đờm và dịch tiêu hóa, dịch ổ bụng với các tỷ lệ tương ứng là 23,8% (10/42), 16,7% (7/42) và 14,3% (6/42).

3.3. Tỷ lệ E. coli kháng carbapenem và một số yếu tố liên quan

Bảng 3.5. Tỷ lệ E. coli kháng carbapenem và một số yếu tố liên quan

Yếu tố		E. coli				OR (95%CI)	p
		Nhạy cảm		Kháng/trung gian			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	≤ 40	40	95,2	2	4,8	1	
	41 – 60	120	96,0	5	4,0	0,83 (0,16 - 4,46)	0,83
	> 60	322	90,2	35	9,8	2,17 (0,51 – 9,38)	0,29
Giới tính	Nam	218	89,7	25	10,3	1,78 (0,94 - 3,38)	0,08
	Nữ	264	93,9	17	6,0	1	
Nơi ở	Thành thị	123	93,9	8	6,1	1	
	Nông thôn	359	91,3	34	8,7	1,46 (0,66 - 3,23)	0,36
Khoa lâm sàng	Các khoa hồi sức	58	85,3	10	14,7	3,38 (1,30 – 8,26)	0,01
	Khoa chống độc	23	82,1	5	17,9	4,13 (1,30 – 13,14)	0,02
	Các khoa LS hệ ngoại	211	92,5	17	7,5	1,53 (0,68 – 3,43)	0,30
	Các khoa LS hệ nội	190	95,0	10	5,0	1	

Sử dụng mô hình hồi quy logistic phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ kháng carbapenem trong quần thể nghiên cứu và một số yếu tố như tuổi, giới, nơi ở, khoa điều trị lâm sàng. Kết quả cho thấy, về nhóm tuổi, độ tuổi trên 60 có tỷ lệ kháng carbapenem cao hơn các nhóm khác. Nguy cơ xuất hiện chủng đề kháng ở nhóm tuổi > 60 cao gấp 2,17 lần so với nhóm so sánh (nhóm ≤ 40 tuổi), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,29$). Tương tự, không có mối liên quan về giới tính, về nơi ở đến tỷ lệ kháng carbapenem của *E. coli*.

Phân các khoa lâm sàng thành 4 nhóm, bao gồm: Các khoa hồi sức (Hồi sức tích cực, Hồi sức chống độc, Hồi sức nhiễm khuẩn), Khoa chống độc, Các khoa lâm sàng hệ ngoại (Ngoại thận – tiết niệu, Ngoại tổng hợp, Bỏng, Chấn thương,...) và Các khoa lâm sàng hệ nội (Nội A, nội tiêu hóa, Nội tổng hợp, Nội tim mạch, Bệnh nhiệt đới,...) để phân tích, kết quả cho thấy, khả năng xuất hiện chủng *E. coli* kháng carbapenem ở các khoa hồi sức cao gấp 3,38 lần so với các khoa lâm sàng hệ nội ($p = 0,01$), ở khoa chống độc cao gấp 4,13 lần ($p = 0,02$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ *E. coli* kháng carbapenem giữa các khoa lâm sàng hệ nội và hệ ngoại mặc dù khả năng xuất hiện chủng kháng ở các khoa lâm sàng hệ ngoại cao gấp 1,53 lần ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, tỷ lệ *E. coli* đa kháng có xu hướng gia tăng thì sự xuất hiện các chủng CREC đã phá vỡ tuyến kháng sinh phòng thủ cuối cùng dẫn đến nhiều khó khăn trong điều trị các bệnh lý nhiễm trùng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 7,8% và 0,2% chủng *E. coli* đã có sự đề kháng hoặc kháng trung gian với kháng sinh carbapenem trong đó, hơn một nửa kháng đồng thời với 2 kháng sinh thử nghiệm. Tại Trung Quốc, trong 2

năm 2017-2018, chỉ có 2,65% các chủng *E. coli* phân lập được từ các bệnh phẩm lâm sàng là CREC [6], trong khi đó, tỷ lệ này tại các bệnh viện Ấn Độ là đáng báo động [3, 7]. Theo báo cáo của Srivastava, 88,23% *E. coli* biểu hiện kiểu hình kháng với cả ba loại thuốc carbapenem – imipenem, meropenem và ertapenem [8].

Về nhóm tuổi, CREC trong nghiên cứu xuất hiện với tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi trên 60 và không có mặt ở nhóm tuổi dưới 20. Tỷ lệ này có thể do đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu này chủ yếu là người cao tuổi, với độ tuổi trung bình chung là 65,7, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Q. Cường trên các chủng kháng carbapenem tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định và Bệnh viện đa khoa Đồng Nai [9]. Trong nghiên cứu của X. Tian, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nhiễm CREC là 62,5 tuổi, nghiên cứu của W. Liang, các bệnh nhân đều có độ tuổi trên 60 [10, 11]. W. Sipei cũng báo cáo tỷ lệ nhiễm *E. coli* kháng carbapenem tăng dần theo tuổi và nhóm tuổi > 60 luôn chiếm tỷ lệ cao nhất khi phân tích chung cũng như phân tích riêng theo từng loại bệnh phẩm [12]. Tuổi cao, sức đề kháng kém, bệnh nền có thể là nguyên nhân giúp *E. coli* – một tác nhân gây bệnh cơ hội có điều kiện thuận lợi phát huy độc lực và biểu hiện khả năng gây nhiễm trùng. Tuy nhiên, khi phân tích mối liên quan giữa độ tuổi và khả năng xuất hiện *E. coli* kháng carbapenem, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi mặc dù khả năng nhiễm *E. coli* đề kháng ở nhóm tuổi > 60 cao hơn (Bảng 3.7). Tương tự, không có sự khác biệt giữa tỷ lệ nam và nữ, giữa nông thôn và thành thị về tỷ lệ nhiễm CREC. Các đặc điểm này do carbapenem là kháng sinh được ưu tiên quản lý và các chủng phân lập được có thể do tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện gây ra. Ngoài các yếu tố nhân khẩu học, nghiên cứu của Kong chứng minh tiền sử tiếp xúc

cephalosporin thế hệ ba, bệnh lý tuần hoàn, bệnh lý đường tiêu hóa, tiền sử phẫu thuật và thời gian nằm viện là các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng CREC [13].

Khảo sát tỷ lệ E. coli kháng carbapenem theo từng khoa, kết quả cho thấy các khoa hồi sức chống độc, hồi sức ngoại khoa và khoa chống độc có tỷ lệ E. coli kháng carbapenem cao, 17,9% - 20,0%. Các khoa Bông, Ngoại thận – tiết niệu, Ngoại tổng hợp có tỷ lệ kháng từ 7,3% - 10,0%, Khoa virus – Ký sinh trùng cũng phát hiện được 13% E. coli đề kháng carbapenem trong tổng số 23 chủng phân lập được. Các khoa Bệnh nhiệt đới, Nội A không xuất hiện chủng đề kháng cũng như một số khoa khác trong bệnh viện có tỷ lệ kháng khá thấp (Bảng 3.5). Tỷ lệ kháng carbapenem tại các khoa hồi sức cao hơn các nhóm khoa lâm sàng khác được giải thích bởi các bệnh nhân tại đây có bệnh lý nặng và nguy cơ nhiễm trùng cao hơn, phải sử dụng thường xuyên các kháng sinh phổ rộng trong đó có nhóm carbapenem là nguyên nhân phát sinh sự đề kháng. Cùng với các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn có thể chưa hợp lý dẫn tới sự lây lan các chủng vi khuẩn này giữa các bệnh nhân. Tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Khoa Hồi sức tích cực có tỷ lệ phân lập CREC cao nhất, 11,7%, các khoa Ngoại 2,5% và các khoa Nội 3,1% [14]. Như vậy, tỷ lệ E. coli kháng carbapenem tại các khoa này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Khi phân các khoa lâm sàng thành 4 nhóm (Bảng 3.5), phân tích hồi quy logistics cho thấy, khả năng xuất hiện CREC ở các khoa hồi sức và khoa chống độc cao gấp 3,38 lần và 4,13 lần so với các khoa lâm sàng hệ nội. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, tỷ lệ CREC giữa các khoa lâm sàng hệ nội và hệ ngoại có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê mặc dù khả năng xuất hiện chủng kháng ở các khoa lâm sàng hệ ngoại cao gấp 1,53 lần ($p > 0,05$). Như vậy, có thể nói khoa Chống

độc và các Khoa Hồi sức là những “điểm nóng” của CREC. Bên cạnh đó, mặc dù chỉ có 6 chủng E. coli được phân lập tại khoa Phục hồi chức năng (do số lượng chỉ định nuôi cấy ít), tuy nhiên một nửa số này là chủng kháng carbapenem. Cần quan tâm hơn các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn cũng như sử dụng kháng sinh tại các khoa này.

Xét về sự phân bố, trong tổng số 42 chủng kháng/kháng trung gian với carbapenem, các khoa Ngoại (ngoại tổng hợp, ngoại thận - tiết niệu) và các khoa hồi sức (chống độc, ngoại khoa, nhiễm khuẩn) là nơi tập trung nhiều chủng E. coli kháng carbapenem. Đặc điểm này do số lượng bệnh phẩm phân lập được E. coli từ các khoa nói trên lớn, vì vậy, số lượng CREC được phát hiện cao hơn. Khoa Hồi sức Bệnh viện Đại học Y Wenzhou cũng là nơi phân lập được nhiều E. coli kháng carbapenem nhất, (31,0%, 18/58), tiếp đó là khoa phẫu thuật gan mật (10,3%, 6/58) [11]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Gia Định và Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, phân bố các Enterobacteria kháng carbapenem ở ICU là 14%, Khoa Phẫu thuật Tiết niệu 14%, Khoa Truyền nhiễm 17%, Khoa Hô hấp 9% và một số khoa khác 45% [9]. Trái với sự thường gặp của CREC trong các khoa Hồi sức, nghiên cứu của P. Srivastava (Ấn Độ), Wei Zhang (Trung Quốc) cho thấy số lượng chủng kháng carbapenem được phân lập nhiều nhất từ Khoa Sản phụ (50,49%), khoa Ngoại (14,21%) [8] và khoa Nội (54,2%) [6].

Phân tích tỷ lệ phân lập được CREC theo loại bệnh phẩm, kết quả cho thấy đờm là loại bệnh phẩm có khả năng tìm thấy CREC cao nhất (16,7%), tiếp đó là mẫu bệnh phẩm nước tiểu và máu, tương ứng 8,6% và 6,6% (Bảng 3.6). Các tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của W. Sipei. Trên các mẫu đờm, tỷ lệ E. coli kháng ertapenem và imipenem là 0,45% và 0,63%, mẫu nước tiểu 0,35% và 0,64%, từ máu 0,44% và 0,22% [12]. Kết quả này có

thể do chúng tôi điều tra cắt ngang tại thời điểm hiện tại ở một bệnh viện tuyến tỉnh, khi mà cầu sử dụng carbapenem đã tăng dần với mức độ nặng của bệnh và tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh, trong khi báo cáo của Sipei là kết quả của quá trình theo dõi dọc 10 năm, từ 2012 – 2021 tại một bệnh viện tuyến huyện. Tại Maharashtra (Ấn Độ), 6/7 *E. coli* phân lập từ mẫu đờm, 2/2 chủng phân lập từ máu, 54,3% chủng từ nước tiểu là CREC [7]. Như vậy có thể thấy, đờm, nước tiểu, máu là 3 loại bệnh phẩm thường phân lập được CREC, đồng thuận với kết quả của Zang [6]. Ngoài ra, trong nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy dịch tiêu hóa, dịch ổ bụng và dịch mô mềm cũng là những loại bệnh phẩm xuất hiện CREC với tỷ lệ 6,5 – 6,6%. Trong số 42 chủng CREC, sự phân bố trong nước tiểu và máu chiếm tỷ lệ cao nhất, do 2 loại bệnh phẩm này có chỉ định nuôi cấy và phân lập nhiều nhất. Đây cũng là đặc điểm được quan sát thấy trên các chủng CREC phân lập từ Đông nam Trung Quốc và bệnh viện Đại học Y Wenzhou [11, 12]. Xử lý tốt các loại bệnh phẩm này, tiêu diệt và hạn chế sự phát tán vi khuẩn là cần thiết để kiểm soát có hiệu quả mầm bệnh CREC đa kháng.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm trùng CREC biểu hiện sự phân bố cục bộ ở một số khoa cụ thể, chẳng hạn như các khoa Hồi sức, khoa Chống độc, khoa Phục hồi chức năng nhấn mạnh nhu cầu thực hiện các biện pháp can thiệp như quy trình vệ sinh tay và các biện pháp khử trùng tại các khoa này để hạn chế lây truyền CREC. Bên cạnh đó, các chất thải đờm, nước tiểu và mẫu máu bệnh nhân có tỷ lệ phát hiện CREC cao, do đó cần tăng cường quản lý và xử lý để ngăn ngừa sự phát tán CREC vào môi trường. Những phát hiện này cung cấp bằng chứng có giá trị cho việc phát triển các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát CREC tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO)** (2017), "Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* in health care facilities" (Geneva), pp. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. **Gurleen Taggar, et al.** (2020), "Molecular Epidemiology of Carbapenemases in Enterobacteriales from Humans, Animals, Food and the Environment", *Antibiotics*. 9(10), p. 693.
3. **Namita Jaggi, et al.** (2019), "Carbapenem resistance in *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* among Indian and International patients in North India", *Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica*. 66, pp. 367–376.
4. **Thị Lua Phan, Anh Đào Trần, Vũ Trung Nguyễn** (2021), "Tỷ lệ nhiễm và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa nghệ an năm 2020", *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2(34), pp. 58-64.
5. **Quế Anh Trâm** (2023), "Khảo sát mức độ kháng kháng sinh của *Escherichia coli* gây nhiễm khuẩn huyết được phân lập tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An (1/2021-12/2021)", *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2(38), pp. 14-17.
6. **W. Zhang, et al.** (2021), "Clinical Distribution Characteristics of 1439 Carbapenem-Resistant *Escherichia coli* Strains in China: Drug Resistance, Geographical Distribution, Antibiotic MIC50/90", *Infect Drug Resist.* 14, pp. 4717-4725.
7. **S. Prasad Gunjal, et al.** (2014), "Carbapenem resistance profile amongst *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in a tertiary care hospital in Ahmednagar, Maharashtra", *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 3, pp. 424-427.

8. **Pratiksha Srivastava, et al.** (2022), "Prevalence of Carbapenem-Resistant *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in Rural Uttar Pradesh", *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*. 17(3), pp. 584-588.
9. **C. Q. Hoang, et al.** (2019), "Emergence of New Delhi Metallo-Beta-Lactamase (NDM) and *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase (KPC) Production by *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in Southern Vietnam and Appropriate Methods of Detection: A Cross-Sectional Study", *Biomed Res Int*. 2019, p. 9757625.
10. **Wen-juan Liang, et al.** (2018), "Emergence and mechanism of carbapenem-resistant *Escherichia coli* in Henan, China, 2014", *Journal of Infection and Public Health*. 11(3), pp. 347-351.
11. **Xuebin Tian, et al.** (2020), "Molecular Mechanisms and Epidemiology of Carbapenem-Resistant *Escherichia coli* Isolated from Chinese Patients During 2002–2017", *Infection and Drug Resistance*. 13(null), pp. 501-512.
12. **Wang Sipei, Sheng Zhao, et al.** (2023), "Antibiotic resistance spectrum of *E. coli* strains from different samples and age-grouped patients: a 10-year retrospective study", *BMJ Open*. 13(4), p. e067490.
13. **H. Kong, et al.** (2024), "Clinical risk factors and outcomes of carbapenem-resistant *Escherichia coli* nosocomial infections in a Chinese teaching hospital: a retrospective study from 2013 to 2020", *Microbiol Spectr*. 12(7), p. e0422823.
14. **Hữu Ngọc Tuấn Nguyễn, Quang Huy Nguyễn, and Minh Hà Nguyễn** (2024), "Tình hình kháng carbapenem của họ vi khuẩn *Enterobacteriaceae* tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019-2023", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 537(1B).

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI KHÁM BỆNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN CẨM LỆ NĂM 2023

**Nguyễn Thị Hải Lâm¹, Trần Văn Thơm¹, Lương Thị Lan¹,
Nguyễn Thị Hải Lý¹, Nguyễn Thị Thùy Lê²**

TÓM TẮT.

Mục đích nghiên cứu: Khảo sát chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người cao

tuổi khám bệnh tại Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 292 bệnh nhân là người cao tuổi (NCT) khám bệnh tại trung tâm y tế quận Cẩm Lệ. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) chung của NCT là $49,72 \pm 9,71$. Điểm trung bình theo 6 khía cạnh: Khả năng giác quan $42,72 \pm 14,6$; tự chủ $55,92 \pm 16,95$; hoạt động quá khứ hiện tại, tương lai $55,93 \pm 16,95$; tham gia hoạt động xã hội $46,17 \pm 14,81$; cái chết $34,0 \pm 25,22$; tinh thần $58,07 \pm 25,59$. Tỷ lệ NCT có CLCS khá 47,3%; CLCS trung bình 52,4%; CLCS thấp 0,7%. CLCS

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Trung Tâm Y tế quận Cẩm Lệ Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Lâm
SĐT: 0915234313

Email: hailamsf@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

theo giới: Điểm CLCS chung ở nam là $50,28 \pm 9,67$; nữ là $49,18 \pm 9,75$. CLCS theo nhóm tuổi: nhóm tuổi 60-69 là $49,98 \pm 9,99$; 70-79 là $48,88 \pm 8,65$; 80-100 là $45,72 \pm 12,06$. Các yếu tố liên quan đến CLCS: Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân; sống cùng người thân, thu nhập, khám sức khỏe định kỳ, tập thể dục thể thao.

Kết luận: Trao quyền cho người cao tuổi sống cuộc sống năng động, khỏe mạnh để cải thiện mọi mặt của sức khỏe, Thúc đẩy hoạt động thể chất, hoạt động xã hội để duy trì lối sống lành mạnh, Cung cấp sự can thiệp hỗ trợ và giúp thúc đẩy sự ổn định tài chính thông qua giáo dục và các nguồn lực cộng đồng.

Từ khóa: Người cao tuổi, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OLDER ADULTS AT THE MEDICAL CENTER OF CAM LE DISTRICT IN 2023

Objective: To assess the quality of life (QoL) of the elderly and identify factors associated with QoL among elderly patients at Cam Le District Medical Center in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 292 elderly patients visiting the Cam Le District Medical Center. **Results:** The overall QoL score of the elderly was 49.72 ± 9.71 . The average scores across six dimensions were: sensory abilities 42.72 ± 14.6 ; autonomy 55.92 ± 16.95 ; past, present, and future activities 55.93 ± 16.95 ; social participation 46.17 ± 14.81 ; fear of death 34.0 ± 25.22 ; and mental well-being 58.07 ± 25.59 . The proportion of elderly patients with good QoL was 47.3%, average QoL was 52.4%, and low QoL was 0.7%. QoL by gender showed that the overall QoL score for men was 50.28 ± 9.67 , and for women was 49.18 ± 9.75 . By age group: those aged 60-69 scored 49.98 ± 9.99 ; 70-79 scored 48.88 ± 8.65 ; and 80-100 scored 45.72 ± 12.06 . Factors associated with QoL included age, gender, educational level, marital status, living with family members, income, regular health check-ups, and

physical exercise. **Conclusion:** Empowering the elderly to live active, healthy lives is essential for improving overall well-being. Promoting physical and social activities helps maintain a healthy lifestyle, while providing supportive interventions and encouraging financial stability through education and community resources.

Keywords: Elderly, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số ngày càng già hóa là một trong những vấn đề cấp thiết toàn cầu. Dự kiến đến năm 2025 số lượng người cao tuổi trên toàn thế giới đạt hơn 1,5 tỷ người và chiếm tỷ trọng 16,0% tổng dân số [1]. Tốc độ già hóa nhanh kéo theo nhiều vấn đề thách thức đặt ra bao gồm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Thực tế cho thấy, người cao tuổi vốn là nhóm người dễ tổn thương trong xã hội, nhu cầu phúc lợi và chăm sóc sức khỏe cho nhóm người này ngày một tăng cao. Trong khi đó, hệ thống y tế và an sinh xã hội ở Việt Nam vẫn chưa thực sự phát triển [2]. Phần lớn người cao tuổi ở Việt Nam sống tại vùng nông thôn khi con cái của họ đã di cư ra thành thị để có cơ hội việc làm tốt. Vì vậy, việc đáp ứng chất lượng cuộc sống người cao tuổi tại Việt Nam nói chung và thành phố Đà Nẵng nói riêng là rất quan trọng. Theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng, năm 2023 người cao tuổi chiếm khoảng 11,27% dân số thành phố và khoảng 70% người cao tuổi được khám sức khỏe và điều trị. Tuy nhiên, thực trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi chưa vẫn còn là một vấn đề thách thức. Tại thành phố Đà Nẵng cũng như tại quận Cẩm Lệ chưa có bằng chứng khách quan về chất lượng cuộc sống của người cao tuổi để thực hiện các chính sách và chương trình can thiệp phù hợp. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Khảo sát chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của người cao tuổi khám bệnh tại Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ năm 2023**”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ, thành phố Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người từ 60 tuổi trở lên.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng không trả lời đầy đủ các câu hỏi trong phiếu phỏng vấn.
- Đối tượng trong tình trạng không tỉnh táo, có biểu hiện rối loạn tâm thần.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2023 đến tháng 8/2023..
- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ.

2.4. Cỡ mẫu, cách chọn và tiêu chuẩn

Cỡ mẫu: sử dụng công thức

$$n = [z^2(1 - \alpha/2) \cdot p(1 - p)]/d^2 \quad (1)$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu.

$Z^2(1-\alpha/2) = 1,96$ (với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$); p: lấy p = 0,778, tỷ lệ NCT có CLCS mức trung bình theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Anh và cộng sự (2018) [1]; d: là xác suất sai lệch của mẫu nghiên cứu so với quần thể ($d=0,05$). Thay vào (1) ta có: $n = 265$. Cỡ mẫu thực tế thu thập được là $n = 292$.

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn các cá bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn đến khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số

liệu: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi soạn sẵn để thu thập thông tin. Sử dụng thang đo chất lượng cuộc sống WHOQOL – OLD gồm 24 câu, liên quan đến sáu khía cạnh: Khả năng giác quan, tự chủ, tham gia hoạt động xã hội, hoạt động quá khứ, hiện tại và tương lai, cái chết và tình thân. Mỗi khía cạnh gồm 4 câu hỏi.

Đánh giá chất lượng sống: Bảng bảng câu hỏi dựa vào WHOQOL-OLD [3].

Cách tính điểm [3]:

- Điểm cao thể hiện CLCS cao, điểm thấp thể hiện CLCS thấp.

- Đối với những câu hỏi có từ ngữ tích cực, điểm số từ 1- 5 theo thang điểm Likert, trong đó giá trị cao hơn thể hiện CLCS cao hơn.

- Tổng điểm các mục thuộc một khía cạnh là điểm thô của khía cạnh.

- Chuyển điểm thô sang thang điểm từ 0 đến 100 theo công thức: Điểm quy đổi = $6,25 \times (\text{Điểm thô} - 4)$. Mỗi khía cạnh có điểm thô là 4-20 và điểm quy đổi là 0-100. Điểm CLCS chung là điểm quy đổi trung bình của 6 khía cạnh.

Phân loại CLCS thành 4 mức độ: thấp (0-25 điểm); Trung bình (26-50 điểm); Khá (51-75 điểm); Cao (76-100 điểm)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) từ 60 trở lên, nam (48,6%) và nữ (51,4%). Nhóm tuổi 60-69 với 56,2%, nhóm tuổi 70-79 chiếm 36%, nhóm tuổi 80-100 chiếm 7,9%. Trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (32,5%) và THPT (30,5%), CĐ/ĐH (9,9%). NCT làm nông với tỷ lệ lên tới 43,8%, công nhân chiếm 23,6%, chỉ 5,8% là cán bộ nhân viên. Trình trạng hôn nhân có 92,5% NCT có vợ/chồng, tỷ lệ ly thân/ly hôn hoặc góa là 7,5%; NCT sống cùng vợ/chồng con cái, 7,5% NCT sống một mình. Thu nhập hàng tháng của NCT: 41,4% từ con/ cháu, 37,7% từ việc làm, 10% từ lương hưu, trợ cấp.

3.2. Đặc điểm cá nhân người cao tuổi

Bệnh mãn tính: 69,5% NCT bị hai hoặc lớn hơn 2 bệnh; 30,5% mắc một bệnh; 79,5% NCT khám sức khỏe định kỳ hàng năm, 20,5% không đi khám sức khỏe hàng năm.

64,4% NCT không tham gia hoạt động thể dục thể thao; 26,4% NCT đi bộ còn lại 7,1% NCT tập Yoga/dưỡng sinh.

3.3. Chất lượng cuộc sống người cao tuổi

Bảng 3.1. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống NCT

Các khía cạnh	Điểm thô (X ± SD)	Điểm quy đổi (X ± SD)
Khả năng giác quan	10,83±2,33	42,72±14,6
Tự chủ	13,23 ±2,47	55,92±16,95
Hoạt động quá khứ, hiện tại, tương lai	12,9 ±2,71	55,93±16,95
Tham gia hoạt động xã hội	11,38 ±2,37	46,17±14,81
Cái chết	9,44 ±4,03	34,0±25,22
Tình thân	13,29 ±3,61	58,07±25,59
CLCS chung	11,95±1,55	49,72±9,71

Các khía cạnh CLCS tương đồng nhau có điểm thô từ 9,44-13,83, điểm quy đổi từ 34 – 58,72 điểm.



Biểu đồ 3.1. Phân loại mức CLCS của người cao tuổi

NCT có mức CLCS mức trung bình (52,4%) và mức khá (47,3%).

Bảng 3.2. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống NCT theo giới

Các khía cạnh	Giới tính	Điểm quy đổi	
		Nam (X ± SD)	Nữ (X ± SD)
Khả năng giác quan		43,84±15,42	41,66±13,75
Tự chủ		62,41±15,53	60,42±15,38
Hoạt động quá khứ, hiện tại, tương lai		56,73±16,79	17,11±55,95
Tham gia hoạt động xã hội		44,76±14,25	47,50±15,25
Cái chết		34,19±25,29	33,66±25,23
Tình thân		59,55±22,75	56,67±22,42
CLCS chung		50,28±9,67	49,18±9,75

Các khía cạnh CLCS ở nam cao hơn nữ, nam từ 34,19-62,41 điểm, nữ 33,66 -60,42 điểm. Khía cạnh về cái chết tương đương giữa nam và nữ (nam 33,19 và nữ 33,66).

Bảng 3.3. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống NCT theo tuổi

Các khía cạnh	Nhóm tuổi	Điểm quy đổi		
		60-69 (X ± SD)	70-79 (X ± SD)	80-100 (X ± SD)
Khả năng giác quan		34,07±9,72	52,61±11,26	59,23±14,45
Tự chủ		66,12±13,81	55,71±14,48	59,23±14,45
Hoạt động quá khứ, hiện tại, tương lai		58,92±16,60	51,60±16,12	54,34±19,25
Tham gia hoạt động xã hội		52,82±12,64	38,33±12,44	34,51±14,94
Cái chết		30,03±24,67	39,10±25,00	39,40±26,73
Tình thân		57,89 ±21,84	55,25±22,24	69,78±26,77
CLCS chung		49,98±9,99	48,88±8,65	45,72±12,06

Phần lớn các khía cạnh tự chủ, hoạt động quá khứ, hiện tại và tương lai, tình thần nhóm tuổi 60-69 cao hơn với nhóm từ 70-100. Ngược lại khía cạnh khả năng giác quan, cái chết nhóm tuổi 60-69 thấp hơn nhóm còn lại.

3.4. Các yếu tố liên quan đến chất lượng sống

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm ĐTNC với điểm số CLCS chung

Đặc điểm		CLCS (X ± SD)	p
Tuổi	60-79	49,55±9,12	<0,05
	80-100	51,72±12,06	
Giới	Nam	50,29±9,67	<0,05
	Nữ	49,18±9,74	
Trình độ học vấn	Tiểu học	46,98±10,59	<0,05
	Từ THCS trở lên	51,71±8,99	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/chồng	49,92±9,67	<0,05
	Ly thân/ ly hôn/ góa	47,26±10,10	
Người sống cùng	Sống một mình	44,22±8,98	<0,05
	Sống cùng người thân	50,17±9,65	

Có mối liên quan giữa tuổi, giới, TĐHV, tình trạng hôn nhân và người sống cùng với điểm CLCS quy đổi ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thu nhập, tình trạng sức khỏe và việc làm của NCT với điểm số CLCS

Đặc điểm		CLCS (X ± SD)	p
Nguồn thu nhập chính hàng tháng	Từ nhà nước	49,44±9,97	<0,05
	Từ người thân hoặc tự thân	50,01±9,45	
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm	Không	48,51±8,42	<0,05
	Có	50,03±10,02	
Tham gia các hoạt động TDTT	Có	56,17±6,54	<0,05
	Không	49,42±9,74	

Có mối liên quan giữa nguồn thu nhập, khám sức khỏe định kỳ, tham gia các hoạt động TDTT với điểm CLCS quy đổi ($p < 0,05$).

nghịệp và nhiều khu công nghiệp nên người dựa vào nông nghiệp và làm công nhân.

Trình trạng hôn nhân có 92,5% NCT có vợ/chồng, tỷ lệ ly thân/ly hôn hoặc góa là 7,5%; NCT sống cùng vợ/chồng con cái, 7,5% NCT sống một mình.

Thu nhập hàng tháng chủ yếu của NCT là 41,4% từ con/ cháu, thể hiện truyền thống chăm sóc bố mẹ, người già từ chính con cái của họ, khi NCT cần được hỗ trợ, sống cùng con cháu; 37,7% từ việc làm, 10% từ lương hưu, trợ cấp.

4.2. Đặc điểm cá nhân người cao tuổi

NCT mắc bệnh mãn tính: 69,5% NCT bị hai hoặc lớn hơn 2 bệnh; 30,5% mắc một bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh mãn tính tương đồng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) từ 60 trở lên, nam (48,6%) và nữ (51,4%). Nhóm tuổi 60-69 với 56,2%, nhóm tuổi 70-79 chiếm 36%, nhóm tuổi 80-100 chiếm 7,9%.

Trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (32,5%) và THPT (30,5%), CĐ/ĐH (9,9%). NCT làm nông chiếm 43,8%, công nhân chiếm 23,6%, chỉ 5,8% là cán bộ nhân viên. Kết quả này phù hợp vì địa bàn trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều vùng còn làm nông

với các nghiên cứu của Nguyễn Đình Anh và cộng sự là 61,8%, Hồ Văn Sơn và cộng sự là 81% NCT mắc ít nhất một bệnh mãn tính [2], [6]. Điều này có thể giải thích khi tình trạng sức khỏe NCT phụ thuộc rất nhiều vào tuổi tác, tuổi càng cao thì sức khỏe càng giảm sút, khả năng mắc các bệnh lý càng nhiều.

Có 79,5% NCT khám sức khỏe định kỳ hàng năm, 20,5% không đi khám sức khỏe hàng năm. Kết quả trên cho thấy được ý thức về sức khỏe của NCT khá tốt, họ quan tâm đến sức khỏe của mình nhiều hơn. NCT ít có thói quen tham gia hoạt động thể dục thể thao, có 64,4% NCT không tham gia hoạt động thể dục thể thao; 26,4% NCT đi bộ còn lại 7,1% NCT tập Yoga/duyên sinh. Trong số NCT tham gia, mức độ thường xuyên chiếm 17,8% thỉnh thoảng 27,8% ít khi 64,4%.

4.3. Chất lượng cuộc sống của NCT theo thang điểm WHOQOL- OLD

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống NCT:

Bảng 3.1 cho thấy điểm CLCS của NCT cao nhất ở khía cạnh tinh thần là $13,29 \pm 3,61$ ($58,07 \pm 25,59$) thấp nhất ở khía cạnh cái chết $9,44 \pm 34,03$ ($34 \pm 25,22$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Hữu Thắng và cộng sự tại Hà Nội sử dụng cùng thang đo với điểm khía cạnh tinh thần là $77,95 \pm 21,70$; khía cạnh giác quan thấp nhất là $70,56 \pm 21,31$ [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Hồ Phan Uyên và cộng sự tại tỉnh Khánh Hòa sử dụng thang đo WHOQOL-OLD khi điểm tinh thần thấp nhất $10,6 \pm 3,19$; khả năng giác quan cao nhất $13,47 \pm 1,59$ [8]. Điểm CLCS tinh thần trong nghiên cứu của chúng tôi cao là điều dễ hiểu khi NCT phần lớn NCT làm nông thì sự quan tâm của mọi người và người thân sẽ tốt hơn. Điểm CLCS chung trong nghiên cứu chúng tôi là $11,95 \pm$

$1,755$ ($49,72 \pm 9,71$) thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Hữu Thắng tại Hà Nội là $74,94 \pm 13,14$ và Hồ Phan Uyên là $66,1 \pm 10,9$ [7]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm mỗi địa bàn mỗi nghiên cứu khác nhau.

Phân loại mức CLCS: kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy CLCS mức khá 47,3% và mức trung bình 52,4% và không có NCT có CLCS mức cao (biểu đồ 3.1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Anh tại Kim Bôi-Hòa Bình và Chí Linh-Hải Dương với 9,4% NCT có CLCS cao [2]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng tại Hà Nội khi đa số NCT có chất lượng cuộc sống ở mức cao với 50,8% [7]. Sự khác biệt này có thể do địa điểm nghiên cứu khác nhau, CLCS của NCT ở Hà Nội cao rất nhiều so với các vùng khác.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống NCT theo giới:

Điểm trung bình CLCS của nam là $50,28 \pm 9,67$ cao hơn nữ là $49,18 \pm 9,75$, tương tự hầu hết các khía cạnh khác CLCS nam cao hơn nữ: cao nhất là khía cạnh Tự chủ (nam: $62,41 \pm 15,53$; nữ: $60,42 \pm 15,38$); Tinh thần (nam: $59,55 \pm 22,75$; nữ: $56,67 \pm 22,42$); thấp nhất là Cái chết (nam: $34,19 \pm 25,29$; nữ: $33,66 \pm 25,23$) (bảng 3.2). Kết quả này có thể giải thích là nam có tính cách, tính chất công việc và môi trường làm việc khác với nữ nên dễ hiểu CLCS của nam thường cao hơn nữ.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống NCT theo tuổi:

Bảng 3.3 cho kết quả điểm trung bình CLCS theo nhóm tuổi giảm dần khi tuổi tăng dần 60-69, 70-79 và 80-100 lần lượt là $49,98 \pm 9,99$; $48,88 \pm 8,65$ và $45,72 \pm 12,06$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hồ Phan Uyên tại Khánh Hòa sử dụng cùng thang đo, trong đó CLCS 60-69; 70-79 và $\geq$

80 lần lượt là $69,5 \pm 8,9$; $62,0 \pm 11,6$; $56,6 \pm 11,1$ [8]. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Anh với độ tuổi càng thấp CLCS càng cao [2]. Điều này được giải thích khi tuổi càng cao sức khỏe của NCT càng suy yếu và các khả năng khác cũng giảm do đó CLCS sẽ giảm.

4.4. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người cao tuổi

Mối liên quan giữa đặc điểm DTNC với CLCS chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến CLCS gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, người sống cùng ($p < 0,05$) (bảng 3.4).

Tuổi: Tuổi càng cao thì càng lão hóa và sự suy giảm chức năng cơ thể cùng bệnh mãn tính dẫn đến suy giảm sức khỏe thể chất cũng như sức khỏe tinh thần của người cao tuổi.

Bảng 3.1 cho thấy tuổi càng cao thì CLCS càng thấp (60-79: $51,72 \pm 12,06$; 80-100: $49,55 \pm 9,12$) ($p < 0,05$), nghiên cứu của Hồ Văn Sơn tại Tiền Giang, Hồ Phan Uyên tại Khánh Hòa và Nguyễn Thị Hồng Nhi tại Huế đều cho kết quả tương tự [6], [8].

Giới: Giới nam có điểm CLS cao hơn nữ (nam: $50,29 \pm 9,67$; nữ: $49,18 \pm 9,74$) ($p < 0,05$). Kết này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Văn Sơn tại tỉnh Tiền Giang [6]. Nam giới có CLCS tốt hơn, có thể do tính chất công việc, nam thường có thời gian giao lưu. Giải trí với bạn bè đồng nghiệp nhiều hơn, thỏa mái hơn nữ, trong khi đó nữ thường dành nhiều thời gian cho gia đình, chăm sóc bản nên CLCS của nam cao hơn là điều dễ hiểu.

Trình độ học vấn: có mối liên quan đến CLCS. NCT có trình độ học vấn từ THCS trở lên ($51,71 \pm 8,99$) có CLCS tốt hơn NCT có trình độ học vấn tiểu học ($46,98 \pm 10,59$) ($p < 0,05$). Các nghiên cứu trong và ngoài đều cho kết quả tương tự [2], [5]. Trình độ học

vấn càng cao thì đối tượng có cơ hội tiếp cận, nhận thức về các khía cạnh trong cuộc sống tốt hơn. Do đó NC tự chăm sóc sức khỏe, tham gia hoạt động xã hội, khả năng tự chủ về kinh tế cũng tốt hơn dẫn đến CLCS cũng sẽ cao hơn.

Tình trạng hôn nhân và người sống cùng: có liên quan đến CLS. Khi càng lớn tuổi thì NCT cần nhu cầu được hỗ trợ, giúp đỡ về tinh thần và vật chất càng cao. Ngược lại NCT sống một mình khi về già dẫn đến sự thiếu thốn về đời sống tình cảm từ đó CLCS giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi người NCT Có vợ/chồng ($49,92 \pm 9,67$) có CLCS cao hơn người Ly thân/ ly hôn/ góa ($47,26 \pm 10,10$) và người Sống cùng người thân $50,17 \pm 9,65$) có CLCS cao hơn người sống mình ($44,22 \pm 8,98$) ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa thu nhập, tình trạng sức khỏe và việc làm của NCT với CLCS

Nguồn thu nhập chính hàng tháng: Nguồn thu nhập hàng tháng có liên quan đến CLS của NCT, người CT có thu nhập hàng tháng từ người thân hoặc tự thân có điểm CLS ($50,01 \pm 9,45$) cao hơn so với người có nguồn thu nhập khác ($49,44 \pm 9,97$) ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với đối tượng nghiên cứu khi phần lớn NCT sống bằng sản xuất nông nghiệp, một phần nhỏ kinh doanh buôn bán. Khi còn làm việc được, NCT thường có sức khỏe tốt hơn và họ hài lòng khi bản thân tự chủ về kinh tế. NCT có nguồn thu nhập từ con cháu thường được con cháu quan tâm, chia sẻ, giúp đỡ từ đó điểm khía cạnh tình thân của họ cũng cao hơn. Do đó CLCS cao hơn ở nhóm này là điều dễ hiểu.

Khám sức khỏe định kỳ hàng năm: là yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của NCT. Trong nghiên cứu chúng tôi, NCT khám sức khỏe định kỳ hàng năm có CLCS ($50,03 \pm 10,02$) cao hơn người không đi khám sức khỏe định

kỳ ($50,03 \pm 10,02$) ($p < 0,05$). Tuy nhiên, khác với với nghiên cứu của Hồ Văn Sơn tại Tiền Giang, Nguyễn Thị Hồng Nhi tại Huế khi yếu tố này không có mối liên quan đến CLCS [3], [4]. Những NCT đi khám sức khỏe định kỳ hàng năm thì khả năng phát hiện bệnh sớm điều trị kịp thời, có thể điều trị khỏi cao hơn thường sẽ có CLCS tốt hơn người không đi khám sức khỏe định kỳ.

Hoạt động thể dục thể thao: Thể dục thể thao (TDTT) là một hoạt động tốt cho sức khỏe, khi tập với cường độ và nội dung phù hợp, đúng phương pháp sẽ giúp NCT nâng cao sức khỏe. Bảng 3.5 cho thấy NCT có tham gia hoạt động TDTT có CLCS ($56,17 \pm 6,54$) cao hơn người không tham gia TDTT ($49,42 \pm 9,74$) ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Hồ Văn Sơn tại Tiền Giang, của Nguyễn Thị Hồng Nhi tại Huế đều cho kết quả tương tự [4], [5].

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi chủ yếu ở mức khá và trung bình, trong đó điểm CLCS của nam cao hơn nữ, người trẻ có chất lượng cuộc sống tốt hơn, tình trạng học vấn, tình trạng hôn nhân thu nhập, và lối sống tích cực có liên quan đến chất lượng cuộc sống.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần có chính sách hỗ trợ cho người cao tuổi; người thân, gia đình chia sẻ, khuyến khích và giúp đỡ NCT tham gia các hoạt động xã hội, hoạt động thể dục thể thao và các hoạt động nâng cao đời sống sức khỏe tinh thần và thể chất nhằm nâng cao CLCS cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division** (2020), World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons, New York
2. **Nguyễn Đình Anh và cộng sự.** (2018), "Thực trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại thị xã Chí Linh, Hải Dương và Kim Bôi, Hoà Bình năm 2018", Tạp Chí Y tế Công cộng. 49, tr. 9-24.
3. **World Health Organization** (2006), The WHOQOL-OLD module - manual, Copenhagen: European Office
4. **Trần Khánh Linh** (2019), "Già hóa dân số ở Việt Nam và những vấn đề đặt ra", Tạp chí khoa học xã hội miền Trung. 5(61), tr. 14-23
5. **Nguyễn Thị Hồng Nhi và Đoàn Vương Diễm Khánh** (2018), "Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại phường Hương Sơ, thành phố Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học Dự phòng. 11(29).
6. **Hồ Văn Sơn và Bùi Thị Tố Quyên** (2020), "Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang năm 2020", Tạp chí Y tế Công cộng 53, tr. 26-36.
7. **Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự.** (2020), "Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi thành phố Hà Nội năm 2018", Tạp chí Y học Dự phòng. 30(2), tr. 78-82.
8. **Hồ Phan Uyên, Diệp Từ Mỹ và Trần Thị Tuyết Nga** (2020), "Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi xã Cam Hòa huyện Cam Lâm tỉnh Khánh Hòa", Tạp chí Y tế Công cộng. 2(25), tr. 118-124.

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN

Phan Thị An Dung¹, Trần Thị Nga¹, Nguyễn Thị Hương Giang²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả chất lượng giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng tại một số bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu là 93 bao gồm các người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng tại một số bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023. Nghiên cứu sử dụng Bộ công cụ đánh giá chất lượng giấc ngủ Richard-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ). **Kết quả:** Có 49,5% người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng có chất lượng giấc ngủ kém; 36,6% có chất lượng giấc ngủ trung bình, còn lại là chất lượng giấc ngủ rất kém và tốt lần lượt là 7,5% và 6,4%. **Kết luận:** Chất lượng giấc ngủ của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng phần lớn ở mức độ kém và trung bình, vì vậy cần có kế hoạch chăm sóc phù hợp nhằm cải thiện chất lượng giấc ngủ cho người bệnh.

Từ khóa: Chất lượng giấc ngủ; Sau phẫu thuật; Thay khớp háng.

SUMMARY

QUALITY OF SLEEP AMONG PATIENTS UNDERGOING HIP REPLACEMENT SURGERY AT SOME HOSPITALS IN NGHE AN PROVINCE

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị An Dung

SĐT: 0974262588

Email: andung1987@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Objective: To describe the sleep quality of patients after hip replacement surgery at several hospitals in Nghe An province in 2023. **Method:** A cross-sectional descriptive study with a sample size of 93 patients who underwent hip replacement surgery at selected hospitals in Nghe An province in 2023. The study utilized the Richard-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) to assess sleep quality. **Results:** Among the patients, 49.5% had poor sleep quality, 36.6% had average sleep quality, while the proportions of very poor and good sleep quality were 7.5% and 6.4%, respectively. **Conclusion:** The majority of patients after hip replacement surgery experienced poor to average sleep quality. Therefore, appropriate care plans are necessary to improve patients' sleep quality.

Keywords: Sleep quality; Post-surgery; Hip replacement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng là phương pháp đem lại hiệu quả cao trong việc điều trị tổn thương thoái hóa khớp háng và gây cổ xương đùi [1]. Ngày nay, phẫu thuật thay khớp háng là phẫu thuật chỉnh hình được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới với 800.000 ca đến 1000.000 ca khớp háng hằng năm. Thay khớp háng có xu hướng ngày càng tăng riêng tại Hoa Kỳ hàng năm có khoảng 244.000 ca thay khớp háng [5]. Trong khi đó, một nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2018 có 155 trường hợp phẫu thuật thay khớp háng do thoái hóa và gây cổ xương đùi [2].

Người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng thường xuất hiện các biểu hiện gây khó

chịu như mất ngủ, đau, buồn nôn, lo lắng, mệt mỏi... Trong số các vấn đề đó, chất lượng giấc ngủ kém xảy ra rất phổ biến với 89% người bệnh trong giai đoạn sau phẫu thuật [6]. Chất lượng giấc ngủ kém có thể gây ra rất nhiều rối loạn về thể chất và tâm thần. Rối loạn về thể chất như mệt mỏi, tăng đau đớn, ức chế miễn dịch, chậm liền vết thương, chán ăn, táo bón. Rối loạn về tâm thần như mất tập trung, trầm cảm, tăng lo lắng, khó chịu và thiếu sự tỉnh táo vào ban ngày [7].

Vì vậy nâng cao chất lượng giấc ngủ, phục hồi giấc ngủ tốt cho người bệnh sau phẫu thuật là nhu cầu rất lớn trong chăm sóc điều dưỡng. Để làm được điều đó đòi hỏi nhân viên y tế đặc biệt là điều dưỡng viên phải hiểu được chất lượng giấc ngủ. Đã có khá nhiều đề tài y khoa nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả trong điều trị thay khớp háng, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về nghiên cứu chất lượng giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả chất lượng giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng tại một số bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm các người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng được điều trị nội trú tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Quân Y 4 và khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Đa khoa 115. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có bệnh lý về khớp háng nhưng không đủ điều kiện phẫu thuật do bệnh lý kết hợp; Người bệnh có khiếm khuyết khả năng nghe nói; Người bệnh có rối loạn tâm thần; Người bệnh quá mệt không thể trả lời phỏng vấn.

* Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:

+ Loại nghiên cứu mô tả cắt ngang

+ Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ bao gồm tất cả người bệnh tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Quân y 4 và khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Đa khoa 115, đảm bảo đủ các tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu. Cỡ mẫu của nghiên cứu là 93 với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Sử dụng Bộ công cụ đánh giá chất lượng giấc ngủ Richard-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) được phát triển bởi Richards (1987a). Bộ câu hỏi về chất lượng giấc ngủ được dịch ra tiếng Việt bởi Nguyễn Thị Trường Xuân năm 2013 [4]. Bộ công cụ gồm 5 câu hỏi để đánh giá độ sâu của giấc ngủ (câu hỏi 1), độ trễ của giấc ngủ hoặc thời gian ngủ (câu hỏi 2), số lần thức giấc (câu hỏi 3), hiệu quả của giấc ngủ hoặc mức độ ngủ trở lại sau thức giấc (câu hỏi 4), chất lượng giấc ngủ (câu hỏi 5). Mỗi câu hỏi trong thang RCSQ được tính trên thang điểm 100mm. Điểm trung bình của 5 câu hỏi là tổng số điểm đại diện cho chất lượng giấc ngủ nói chung, cụ thể phân loại chất lượng giấc ngủ như sau: 0: Rất kém; 1-160: Kém; 161-320: Trung bình; 321-500: Tốt.

Bộ câu hỏi về các yếu tố môi trường bệnh phòng gây ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Sử dụng Bộ câu hỏi về các yếu tố môi trường bệnh phòng được phát triển bởi Nguyễn Thị Trường Xuân, 2013 [4]. Với mức độ như sau: 0: Không quấy nhiễu; 1 - 39: Quấy nhiễu nhẹ; 40 - 79: Quấy nhiễu vừa; 80 - 120: Quấy nhiễu nặng.

Sử dụng Bộ công cụ đánh giá đau Thang Numeric Rating Scale (NRS). Thang Numeric Rating Scale (NRS) để đo đau là phổ biến và hữu ích trong đánh giá cường độ đau ở người bệnh phẫu thuật. Thang NRS là thanh nằm ngang gồm 11 mức với điểm số từ 0 (không đau) đến 10 (đau nhất có thể). Người bệnh được yêu cầu để xác định 3 mức độ đau [3]: Đau nhẹ, không đau: 0-3; Đau vừa: 4-7; Đau không chịu được: 8-10.

*** Xử lý và phân tích số liệu**

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Xử lý và phân tích số liệu bằng thống kê mô tả, lập được bảng phân bố tần số và tỷ lệ phần trăm các biến số.

*** Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt của hội đồng khoa học trường

ĐHYK Vinh. Việc đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Số liệu trong nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu là cơ sở đưa ra các khuyến nghị có tính khả thi trong công tác điều dưỡng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Thông tin chung của ĐTNC (n=93)**

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-35	7	7,5%
	36-55	19	20,4%
	>=56	67	72,1%
	Tổng	93	100%
Giới tính	Nam	41	44,1%
	Nữ	52	55,9%
	Tổng	93	100%
Nghề nghiệp	Tự do	39	41,9%
	Nhân viên văn phòng	11	11,8%
	Công nhân	12	12,9%
	Nông dân	21	22,6%
	Nghề nghiệp khác	10	10,8%
	Tổng	93	100%
Trình độ học vấn	Giáo dục phổ thông	70	75,3%
	Cao đẳng, đại học hoặc cao hơn	23	24,7%
	Tổng	93	100%
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	7	7,5%
	Kết hôn	60	64,5%
	Mất vợ/chồng	21	22,6%
	Ly hôn	5	5,4%
	Tổng	93	100%
Bệnh kèm theo	Không	57	61,3%
	Có	36	38,7%
	Cụ thể	Tăng huyết áp	21,5%
		Đái tháo đường	12,9%
		Suy thận mạn, trào ngược dạ dày	4,3%
	Tổng	93	100%

Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu từ 56 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao (72,1%). Chủ yếu là đối tượng nữ giới (55,9%). Ngoài ra, nghề nghiệp là tự do chiếm đa số (41,9%). Trình độ học vấn giáo dục phổ thông chiếm đa số 75,3%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu là đã kết hôn (64,5%). Đối tượng nghiên cứu không mắc bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ cao (61,3%).

Bảng 2: Chất lượng giấc ngủ của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng (n=93)

Chất lượng giấc ngủ	Tần số (n)	%
Rất kém	7	7,5%
Kém	46	49,5%
Trung bình	34	36,6%
Tốt	6	6,4%
Tổng	93	100%

Chất lượng giấc ngủ của ĐTNC sau phẫu thuật thay khớp háng ở mức độ kém là chủ yếu (49,5%). Còn lại chất lượng giấc ngủ ở mức rất kém, trung bình, tốt lần lượt là 7,5%; 36,6%; 6,4%.

Bảng 3. Mức độ đau sau phẫu thuật (n=93)

Đau sau phẫu thuật	Tần số (n)	%
Đau nhẹ, không đau	9	9,7%
Đau vừa	76	81,7%
Đau không chịu được	8	8,6%
Tổng	93	100%

Trong tổng số ĐTNC, tỷ lệ ĐTNC có mức độ đau vừa chiếm đa số (81,7%). Đau nhẹ và không đau chiếm 9,7%, còn lại mức độ đau không chịu được chiếm 8,6%.

Bảng 4. Yếu tố môi trường phòng bệnh

Yếu tố môi trường	Tần số (n)	%
Không quấy nhiễu	6	6,5%
Quấy nhiễu nhẹ	33	35,5%
Quấy nhiễu vừa	47	50,5%
Quấy nhiễu nặng	7	7,5%
Tổng	93	100%

Kết quả cho thấy mức độ quấy nhiễu của môi trường phòng bệnh ở mức độ vừa chiếm đa số (50,5%), còn lại mức độ quấy nhiễu nặng, quấy nhiễu nhẹ, không quấy nhiễu lần lượt là 7,5%, 35,5%, 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chất lượng giấc ngủ của người bệnh ở mức độ kém chiếm đa số (49,5%), trường hợp có chất lượng giấc ngủ trung bình chiếm 36,6%, bên cạnh đó người bệnh có chất lượng giấc ngủ rất kém chiếm 7,5%, chỉ 6,4% người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là ở nhóm trên 56 tuổi (72,1%). Người lớn tuổi sau phẫu thuật người bệnh thường gặp khó khăn khi bắt đầu giấc ngủ, người bệnh trần trọc khó ngủ, bị

thức giấc nhiều lần trong đêm và khi thức giấc thì khó ngủ lại. Điều này có thể được giải thích là do vừa trải qua phẫu thuật lớn, sức khỏe yếu nên người bệnh khó thích nghi được với môi trường bệnh viện. Điều đó hoàn toàn phù hợp với thực tế chung của hầu hết người bệnh. Khi nằm viện nhất là sau trải qua một cuộc phẫu thuật lớn, người bệnh phải đối mặt với nhiều thay đổi như môi trường, thói quen giấc ngủ... dẫn đến khó ngủ và hay tỉnh giấc vào ban đêm. Trong tổng số ĐTNC có 38,7% người bệnh mắc các bệnh kèm theo bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, và một số bệnh khác như suy thận, trào ngược dạ dày. Việc mắc các bệnh kèm theo cũng có thể làm người bệnh mệt mỏi. Điều này có thể là nguyên nhân dẫn đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh kém [3].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ đau vừa là chủ yếu (81,7%). Việc phàn nàn đau ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh. Đau càng nhiều, người bệnh càng khó ngủ. Kết quả này đã được giải thích là do những kích thích đau tác động vào vỏ não bằng hoạt hóa các sóng điện não làm phân mảnh giấc ngủ và duy trì sự tỉnh táo. Những người bệnh mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu thì chủ yếu là nhóm tuổi trung niên, thời gian phẫu thuật kéo dài trên 2-3 giờ nên tổn thương mô và mạch máu nhiều sau phẫu thuật hơn. Ngoài ra, một nghiên cứu khác cho thấy rằng cơn đau là một yếu tố dự đoán sự gián đoạn giấc ngủ [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 50,5% ĐTNC cho biết mức độ quấy nhiễu của môi trường phòng bệnh đối với chất lượng giấc ngủ của người bệnh ở mức độ vừa. Quấy nhiễu nhẹ chiếm 35,5%. Quấy nhiễu nặng và không quấy nhiễu lần lượt là 7,5% và 6,5%. Chất lượng giấc ngủ của người bệnh bị quấy nhiễu nhiều nhất bởi ánh sáng ban đêm và tiếp theo là tiếng ồn từ người nhà chăm sóc, người bệnh trong phòng. Điều này được giải thích là qua quan sát thực tế, chúng tôi thấy rằng phòng hậu phẫu của khoa Chấn thương chỉnh hình quá đông người, phòng có 8 giường, mỗi giường có ít nhất 1 người nhà chăm sóc, có những người bệnh vừa phẫu thuật có tới 2 người nhà chăm sóc, người bệnh sau phẫu thuật cần được theo dõi sát nên ánh sáng trong phòng cần có. Vì vậy chất lượng giấc ngủ bị ảnh hưởng bởi tiếng ồn từ người thân của người bệnh và ánh sáng ban đêm là điều khó tránh khỏi. Nhiều người bệnh không có thói quen ngủ khi có ánh sáng dẫn đến khó đi vào giấc ngủ, giấc ngủ không sâu. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Mai Bá Hải năm 2018 [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 93 người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng tại một số bệnh

viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2023, chúng tôi thu được những kết quả như sau: Có 49,5% người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng có chất lượng giấc ngủ kém, 36,6% có chất lượng giấc ngủ trung bình, còn lại là chất lượng giấc ngủ rất kém và tốt lần lượt là 7,5% và 6,4%. Vì vậy đối với nhân viên y tế, đặc biệt điều dưỡng ngoại khoa, cần không ngừng học hỏi trau dồi kinh nghiệm, lập kế hoạch chăm sóc phù hợp nhằm nâng cao chất lượng giấc ngủ cho người bệnh sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội** (2022), Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Diện Nguyễn Trọng** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Ninh từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2018.
3. **Hải Mai Bá** (2018), Các yếu tố tiên lượng đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân sau phẫu thuật chấn thương tại bệnh viện Đại học Y dược Huế, Thừa Thiên Huế, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 22(6), 70-78.
4. **Xuân Nguyễn Thị Trường và các cộng sự** (2014), Những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh phẫu thuật bụng trong giai đoạn hậu phẫu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 18(5), 113-120.
5. **Wiramus S, Delahaye D, Parratte S, et al** (2014). Modern Anesthesia Techniques for Total Joint Arthroplasty: From Blood Preservation to Modern Pain Control. Ann Orthop Rheumatol.
6. **Wei Mei, et al.** (2019), Independent risk factors for postoperative pain in need of intervention early after awakening from general anaesthesia.
7. **Silveira D, et al** (2020), Quality of Sleep in intensive care units: a literature review, Journal of Nursing UFPE Online, tr. 898 - 905.

THỰC TRẠNG STRESS NGHỀ NGHIỆP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN NGHỆ AN NĂM 2024

Trần Ngọc Bình¹, Trương Bình Trọng¹, Ngô Trí Hiệp¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An và phân tích một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện từ 11/2023 đến hết tháng 04/2024 tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An. Đối tượng nghiên cứu là 134 điều dưỡng đang làm việc tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viện, đồng ý tham gia nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện, có thời gian công tác > 6 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ stress chung của đối tượng nghiên cứu là 26,1%, trong đó mức độ stress trung bình chiếm 24,6% và mức độ stress cao chiếm 1,5%. Mức độ nguy cơ stress của các điều dưỡng viên ở mức độ thấp. Hai yếu tố có mức độ stress trung bình là chứng kiến sự đau đớn của người bệnh ($2,04 \pm 0,992$), bệnh nhân đưa ra những yêu cầu vô lý ($2,00 \pm 0,901$). Có mối liên quan giữa 09 nhóm tác nhân gây stress và yếu tố cường độ công việc có nguy cơ lây nhiễm với stress của ĐD ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ stress chung của đối tượng nghiên cứu là 26,1%, trong đó mức độ stress trung bình 24,6% và mức độ stress cao chiếm 1,5%. Mức độ nguy cơ stress của các ĐD có mức độ thấp. Có sự liên quan giữa yếu tố cường độ công việc, 09 nhóm yếu tố có nguy cơ lây nhiễm với stress của điều dưỡng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Stress nghề nghiệp, điều dưỡng.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF OCCUPATIONAL STRESS AND SOME ASSOCIATED FACTORS AMONG NURSES AT NGHE AN TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the current situation and identify stress-related factors among nurses at Nghe An Traditional Medicine Hospital and analyze some factors related to the stress of nurses. **Method:** A analytical cross-sectional descriptive study was conducted from November 2023 to the end of April 2024 at Nghe An Traditional Medicine Hospital. The study included 134 nurses working in clinical and paraclinical departments who voluntarily agreed to participate and had been employed for more than 6 months. **Results:** The overall stress rate among participants was 26.1%, with 24.6% experiencing moderate stress and 1.5% experiencing high stress. The risk level of stress among nurses was low. The factors contributing to moderate stress included witnessing patient pain (2.04 ± 0.992) and unreasonable patient demands (2.00 ± 0.901). There was a significant association between nine stressors and factors related to workload and infection risk with nurses' stress levels ($p < 0.05$). **Conclusion:** The overall stress rate among the study participants was 26.1%, with 24.6% experiencing moderate stress and 1.5% experiencing high stress. The risk level of stress among nurses was low. There was a correlation between workload factors, nine stressor groups, and infection risk factors with nurses' stress levels ($p < 0.05$).

Keywords: Occupational stress, nurses

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trí Hiệp

SĐT: 0978596726

Email: trihiiep@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress nghề nghiệp là “những phản ứng có hại về thể chất và tinh thần xảy ra khi yêu cầu của công việc không phù hợp với khả năng, nguồn lực hoặc nhu cầu của người lao động” [1]. Nghề đầu tiên trong số 30 nghề nghiệp gây stress nhất ở Hoa Kỳ được Hiệp hội Chuyên gia An toàn Quốc gia xác định là điều dưỡng [2]. Nghề điều dưỡng là nghề có mức độ stress cao và có tỷ lệ đau khổ tâm lý cao hơn nhiều nghề khác. Điều dưỡng phải đối mặt với một số yếu tố gây stress, từ tình trạng quá tải công việc, áp lực thời gian, đảm nhận nhiều việc không thuộc công việc của điều dưỡng, cho đến việc tiếp xúc với các bệnh truyền nhiễm và những bệnh nhân khó khăn, ốm đau, bất lực. Những yếu tố gây stress như vậy có thể dẫn đến các triệu chứng về thể chất và tâm lý, tình trạng đau ốm, nghỉ việc, luân chuyển công việc và sai sót y khoa [1].

Trên thế giới, tỷ lệ stress nghề nghiệp của điều dưỡng (2017 – 2021) trong khoảng 14,4% - 99,7% [3-7]. Tại Phía Tây Uganda (2022) có 95,6% và Ethiopia (2023) có 47,8% điều dưỡng bị stress nghề nghiệp [8, 9]. Việt Nam (2023) có tỷ lệ bị stress nghề nghiệp của điều dưỡng trong khoảng 54,6% - 77,4%, cụ thể là Hà Nội 66,7%, Lạng Sơn 54,6%, Lâm Đồng 77,4% [10-12].

Hiện nay trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về stress nghề nghiệp của điều dưỡng công tác tại các bệnh viện tây y, nhưng rất ít nghiên cứu về stress nghề nghiệp

của điều dưỡng công tác tại bệnh viện y học cổ truyền. Trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Thực trạng Stress nghề nghiệp và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An năm 2024**”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: ĐD làm việc tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Bệnh viện YHCT Nghệ An có thời gian làm việc tối thiểu là 6 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghỉ phép, nghỉ ốm hoặc vắng mặt trong thời gian tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

– Thời gian: 11/2023 đến 04/2024.

– Địa điểm: Bệnh viện YHCT Nghệ An

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Tổng cộng 134 ĐD đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi về ENSS của tác giả Susan Elizabeth French được xây dựng vào năm 2000, phát triển từ thang đo NSS, dùng để lượng giá mức độ SNN của ĐD dựa trên hai khía cạnh, bao gồm phản ứng tâm lý khi gặp phải các vấn đề trong công việc và giao tiếp [5].

Điểm trung bình	Mức độ stress	Tình trạng stress
1 - < 2	Thấp	Không
2 – 3	Trung bình	Có
> 3 – 4	Cao	Có

Phương pháp thu thập số liệu: Phát vấn bằng bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn. Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Kết quả xử lý và phân tích số liệu thống

kê mô tả được lập bảng phân bố tần số và tỷ lệ phần trăm các biến số. Khi bình phương, tỷ suất chênh OR và khoảng tin cậy 95% để xác định yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 134 điều dưỡng đã tham gia nghiên cứu, trong đó: ĐD nữ (87,3%); Nhóm tuổi ≥ 35 chiếm đa số là 48,5%, nhóm 25 – 35 tuổi chiếm 45,5% và thấp nhất là nhóm < 25 tuổi chiếm 6,0%; ĐD có trình độ Cao đẳng chiếm 60,4%, đại học/trên đại học chiếm 39,6%. ĐD có con nhỏ dưới năm tuổi (26,9%); ĐD có mức lương ≥ 10 triệu là 59,7%, mức lương < 10 triệu là 40,3%; cường độ công việc bình thường (73,9%).

3.2. Thực trạng stress của Điều dưỡng viên

Bảng 1. Mức độ stress của điều dưỡng theo từng nhóm yếu tố

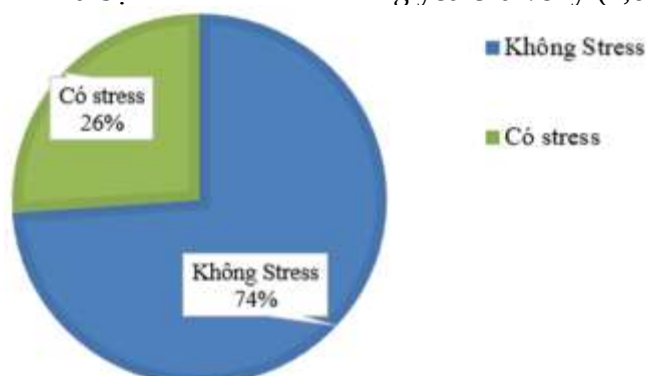
Nhóm yếu tố gây stress	X $\pm$ SD	Mức độ stress
A. Tử vong và hấp hối	1,77 $\pm$ 0,827	Thấp
B. Mâu thuẫn với đồng nghiệp	1,64 $\pm$ 0,555	Thấp
C. Thiếu sự chuẩn bị tâm lý	1,86 $\pm$ 0,772	Thấp
D. Các vấn đề với đồng nghiệp	1,78 $\pm$ 0,703	Thấp
E. Các vấn đề với người giám sát/cấp trên	1,71 $\pm$ 0,690	Thấp
F. Khối lượng công việc	1,82 $\pm$ 0,653	Thấp
G. Thiếu chắc chắn trong quá trình điều trị	1,66 $\pm$ 0,624	Thấp
H. Người bệnh và gia đình người bệnh	1,87 $\pm$ 0,679	Thấp
I. Sự phân biệt đối xử	1,39 $\pm$ 0,814	Thấp

9/9 nhóm yếu tố đều có mức độ stress thấp. Điểm trung bình cao nhất là nhóm yếu tố người bệnh và gia đình người bệnh (1,87 $\pm$ 0,679) và thấp nhất là nhóm sự phân biệt đối xử (1,39 $\pm$ 0,814).

Bảng 2. Các yếu tố gây stress nhiều nhất của điều dưỡng

Các yếu tố gây stress nhiều nhất	X $\pm$ SD	Mức độ stress
Chứng kiến sự đau đớn	2,04 $\pm$ 0,992	Trung bình
Bệnh nhân đưa ra những yêu cầu vô lý	2,00 $\pm$ 0,901	Trung bình

Hai yếu tố gây stress nhiều nhất có mức độ stress trung bình. Cao nhất chứng kiến sự đau đớn (2,04 $\pm$ 0,992), tiếp đến là bệnh nhân đưa ra những yêu cầu vô lý (2,00 $\pm$ 0,901).



Hình 1: Biểu đồ phân bố của điều dưỡng theo tình trạng stress

Hơn 1/4 ĐD tại bệnh viện có stress ở mức độ khác nhau chiếm 26% và 74% là không SNN.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng stress của điều dưỡng

Bảng 3. Mối liên quan giữa stress và đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Stress				OR (95%CI)	p
		Có stress		Không stress			
		n	%	n	%		
Giới	Nam	6	35,3	11	64,7	1,66 (0,6 - 4,9)	0,382
	Nữ	29	24,8	88	75,2		
Cường độ làm việc	Bình thường	18	18,2	81	81,8	0,24 (0,1 - 0,5)	0,001
	Nhanh	17	48,6	18	51,4		

Cường độ công việc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng SNN của ĐD ($p \leq 0,05$). Cụ thể, ĐD làm việc với cường độ nhanh có nguy cơ SNN cao gấp 0,24 lần.

Bảng 4. Mối liên quan giữa stress và 9 nhóm yếu tố của đối tượng nghiên cứu

9 nhóm yếu tố			Stress				OR (95%CI)	p
			Có stress		Không stress			
			N	%	n	%		
Tử vong và hấp hối	Liên quan đến cái chết	Có	29	59,2	20	40,8	19,09 (7,0 - 52,2)	0,000
		Không	6	7,1	79	92,9		
Mâu thuẫn với đồng nghiệp	Sắp xếp công việc của bác sĩ	Có	29	43,3	38	56,7	7,76 (3,0 - 20,4)	0,000
		Không	6	9,0	61	91,0		
Thiếu sự chuẩn bị tâm lý	Không có câu trả lời thỏa đáng	Có	34	41,5	48	58,5	36,13 (4,8 - 247,3)	0,000
		Không	1	1,9	51	98,1		
Các vấn đề với đồng nghiệp	Thiếu cơ hội chia sẻ về cảm giác tiêu cực	Có	31	41,3	44	58,7	9,69 (3,2 - 29,5)	0,000
		Không	4	6,8	55	93,2		
Các vấn đề với người giám sát/cấp trên	Thiếu sự hỗ trợ từ ĐD quản lý	Có	33	48,5	35	51,5	30,17 (6,83 - 133,3)	0,000
		Không	2	3,0	64	97,0		
Khối lượng công việc	Hệ thống phân loại người bệnh phức tạp	Có	31	43,1	41	56,9	10,96 (3,6 - 33,5)	0,000
		Không	4	6,5	58	93,5		
Thiếu chắc chắn trong quá trình điều trị	Đảm nhận công việc chưa có đủ kinh nghiệm	Có	33	45,8	39	54,2	25,39 (5,8 - 111,9)	0,000
		Không	2	3,2	60	96,8		
Người bệnh và gia đình người bệnh	Bị đổ lỗi cho sai sót nào đó	Có	34	40,0	51	60,0	32,00 (4,2 – 243,0)	0,000
		Không	1	2,0	48	98,0		
Sự phân biệt đối xử	Bị quấy rối tình dục	Có	20	64,5	11	35,5	10,67 (4,3 - 26,7)	0,000
		Không	15	14,6	88	85,4		

Có mối liên quan giữa SNN và 09 nhóm yếu tố. Liên quan đến cái chết có nguy cơ SNN cao gấp 19,09 lần với ĐTNC. Phải sắp xếp công việc của bác sĩ có nguy cơ SNN cao gấp 7,76 lần. Không có câu trả lời thỏa đáng có nguy cơ SNN cao gấp 36,13 lần. Thiếu cơ hội chia sẻ về cảm giác tiêu cực có nguy cơ SNN cao gấp 9,69 lần. Thiếu sự hỗ

trợ từ ĐD quản lý có nguy cơ SNN cao gấp 30,17 lần. Hệ thống phân loại người bệnh phức tạp có nguy cơ SNN cao gấp 10,96 lần. Đảm nhận công việc chưa có đủ kinh nghiệm có nguy cơ SNN cao gấp 25,39 lần. Bị đổ lỗi cho sai sót nào đó có nguy cơ SNN cao gấp 32 lần. Bị quấy rối tình dục có nguy cơ SNN cao gấp 10,67 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu phát vấn 134 điều dưỡng tại bệnh viện YHCT Nghệ An, trong đó ĐD nữ chiếm 87,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền và các cộng sự (2021) với 88,14% ĐTNC là nữ [6]. Về nhóm tuổi chiếm đa số là nhóm tuổi ≥ 35 chiếm đa số là 48,5%, nhóm 25 – 35 tuổi chiếm 45,5%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Phương Hà và các cộng sự (2020) với nhóm 25-35 tuổi (52%) [7]. Về trình độ chuyên môn, ĐTNC có trình độ cao đẳng chiếm 60,4%, đại học/trên đại học chiếm 39,6%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền và các cộng sự (2021) với trình độ chuyên môn đại học trở lên chiếm 40,68% [6]. Trình độ chuyên môn đã không có hệ trung cấp như đa số nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Tăng Thị Hào và các cộng sự (2019) với trình độ trung cấp chiếm 15,2%, Trần Thị Phương Hà và các cộng sự (2020) với trình độ trung cấp chiếm đa số với 43,8% [15, 16]. Sự khác biệt này là do theo thông tư số 26/2015/TTLT-BNV, từ năm 2021 ngành y sẽ hủy bỏ và chấm dứt tuyển nhân viên y tế trình độ trung cấp. Nghiên cứu của chúng tôi có khoảng 1/3 ĐD có con nhỏ dưới năm tuổi (26,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền và các cộng sự (2021) với ĐD viên chăm sóc con nhỏ chiếm 28,81% [6]. Về tổng thu nhập TB/tháng của ĐTNC là thu nhập < 10 triệu chiếm 40,3%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền và các cộng sự (2021) với 47,46% thu nhập dưới 10 triệu đồng/tháng [6].

4.2. Thực trạng stress của điều dưỡng

Tỷ lệ SNN của ĐD là 26,1%. Phân theo mức độ stress thì có 74% stress thấp, 24,6% stress TB chiếm và 1,5% stress cao. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Thành và các cộng sự (2023) có 20,3% ĐD mắc stress [6].

09/09 nhóm yếu tố có mức độ stress thấp. Điểm trung bình cao nhất ở nhóm yếu tố người bệnh và gia đình người bệnh ($1,87 \pm 0,679$) và thấp nhất ở nhóm sự phân biệt đối xử ($1,39 \pm 0,814$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Tăng Thị Hào và các cộng sự (2019) các ĐD viên trong nhóm nghiên cứu có mức độ stress thấp (08/08) [8]. Nhưng kết quả của chúng tôi thấp hơn so với 2 nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền và các cộng sự (2021) có 02/8 nhóm vấn đề có mức độ stress trung bình: Chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc ($2,11 \pm 0,67$) và người bệnh và gia đình người bệnh ($2,03 \pm 0,52$) [6]. Sở dĩ kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác vì các nghiên cứu điều sử dụng bộ câu hỏi ENSS, nhưng các nghiên cứu trên đều chỉ xét trên 08 nhóm yếu tố, bỏ qua nhóm phân biệt đối xử, bệnh viện YHCT Nghệ An là bệnh viện đồng y có tính chất đặc thù công việc tiếp xúc với các ca bệnh mạn tính đa số, rất ít các ca bệnh nặng cấp cứu nên nhóm vấn đề tiếp xúc với tử vong và hấp hối rất ít gặp, song song đó với quy mô nhân lực đầy đủ, khối lượng công việc cũng được phân bổ hợp lý nên có sự khác biệt trên.

Hai yếu tố có mức độ stress trung bình là chúng kiến sự đau đớn của người bệnh ($2,04 \pm 0,992$) và bệnh nhân đưa ra những yêu cầu vô lý ($2,00 \pm 0,901$). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Tăng Thị Hào và các cộng sự (2019) [8]. Đa phần đều là vấn đề giao tiếp ứng xử với người nhà và người bệnh, gánh nặng của ngành y khi tiếp xúc với môi trường đặc thù, với thiên chức lương y

nghĩa từ mẫu, áp lực không chỉ từ công việc mà còn về tinh thần.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến stress của điều dưỡng

Cường độ công việc có mối liên quan với tình trạng SNN của ĐD ($p \leq 0,05$). ĐD làm việc với cường độ nhanh có nguy cơ SNN cao gấp 0,24 lần so với ĐD với cường độ bình thường (95%CI = 0,1 - 0,5; $p = 0,001$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác so với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thư và các cộng sự (2023) cho thấy cường độ công việc không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng SNN của ĐD ($p > 0,05$). Điều này có thể giải thích do cỡ mẫu và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

09 nhóm các yếu tố tiếp xúc với tử vong và hấp hối; Mâu thuẫn với đồng nghiệp; Các vấn đề với đồng nghiệp; Các vấn đề với người giám sát/cấp trên; Khối lượng công việc; Thiếu chắc chắn trong quá trình chăm sóc/điều trị; Người bệnh và người nhà người bệnh; Phân biệt đối xử; Thiếu chuẩn bị tâm lý có mối liên quan giữa SNN ($p \leq 0,05$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác so với kết quả nghiên cứu của Nghiên cứu Trần Thị Phương Hà và các cộng sự (2020) Nguy cơ stress ở mức độ trung bình thuộc các nhóm vấn đề đối mặt với cái chết người bệnh; Khối lượng công việc; Vấn đề liên quan đến người bệnh và gia đình người bệnh. Cao nhất khi có vấn đề về người bệnh và gia đình người bệnh [7]. Điều này có thể giải thích do các nghiên cứu chúng tôi so sánh chỉ xét 8 nhóm yếu tố, bỏ qua nhóm phân biệt đối xử.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ stress chung của đối tượng nghiên cứu là 26,1%, trong đó mức độ stress trung bình 24,6% và mức độ stress cao chiếm 1,5%. Mức độ nguy cơ stress của các ĐD có mức độ thấp.

Có sự liên quan giữa yếu tố cường độ công việc, 09 nhóm yếu tố có nguy cơ lây nhiễm với stress của điều dưỡng ($p < 0,05$).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh viện cần quan tâm các chế độ đãi ngộ cho điều dưỡng, tạo điều kiện nâng cao công tác giao lưu, chia sẻ kinh nghiệm. Bên cạnh đó điều dưỡng viên nên làm việc có kế hoạch, cũng như tạo mối quan hệ tốt với đồng nghiệp, cần tích học rèn luyện nâng cao tay nghề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The National Institute for Occupational Safety and Health Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals**, truy cập ngày 24/11/2023, tại trang web <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/default.html>.
2. **Nurses have 5 of the 30 most stressful jobs in the U.S.**, truy cập ngày 20/12/2023, tại trang web [https://www.ajc.com/pulse/nurses-have-5-of-the-30-most-stressful-jobs-in-theus/FIM2RAO6FVEHLFBFNOEYRCI7EM/#:~:text=The%20Occupational%20Information%20Network%2C%20part,ranked%20in%20the%20top%20100.\)](https://www.ajc.com/pulse/nurses-have-5-of-the-30-most-stressful-jobs-in-theus/FIM2RAO6FVEHLFBFNOEYRCI7EM/#:~:text=The%20Occupational%20Information%20Network%2C%20part,ranked%20in%20the%20top%20100.)).
3. **Ghada Shahrour và Latefa Ali Dardas** (2020), "Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19", *J Nurs Manag.* 28(7), tr. 1686-1695.
4. **Werke, E. B. và Weret, Z. S.** (2023), "Occupational stress and associated factors among nurses working at public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia, 2022; A hospital based cross-sectional study", *Front Public Health.* 11, tr. 1147086.
5. **Nguyễn Thị Hồng Minh và các cộng sự.** (2021), "Giá trị và độ tin cậy phiên bản tiếng Việt của thang đo căng thẳng nghề nghiệp điều dưỡng "Expanded Nursing Stress Scale", *Y Học TP. Hồ Chí Minh.* 5(25), tr. 1-8.
6. **Hoàng Thị Thanh Huyền, Nguyễn Minh An và Vũ Đình Sơn** (2021), "Thực trạng

stress và các yếu tố liên quan của Điều dưỡng viên tại Bệnh viện K cơ sở 2", Khoa học Điều dưỡng. 4, tr. 159-168.

7. **Trần Thị Phương Hà và các cộng sự.** (2020), "Nguyên cơ stress liên quan đến nghề nghiệp ở điều dưỡng viên: một nghiên cứu cắt ngang dựa vào thang đo expanded

nursing stress scale", Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 3(3), tr. 41-49.

8. **Tăng Thị Hảo, Tăng Thị Hải và Đỗ Minh Sinh** (2019), "Thực trạng stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên Tại bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2019", Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 3(2), tr. 05-12.

Kiến thức, thực hành và rào cản trong nghiên cứu khoa học ở sinh viên y khoa tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

**Nguyễn Minh Tú¹, Bùi Lê Thảo Phương¹, Trần Quốc Nhật Trường¹,
Võ Hoàng Linh¹, Hồ Uyên Phương¹, Nguyễn Ngô Bảo Khuyên¹,
Nguyễn Thị Hường¹, Nguyễn Thị Mai Anh¹, Đặng Cao Khoa¹,
Võ Ngọc Hà My¹, Ngô Văn Đồng¹, Hoàng Trọng Nhật¹,
Nguyễn Thanh Gia¹, Lê Đình Dương¹, Trần Bình Thắng¹**

TÓM TẮT.

Nghiên cứu này kết hợp hai phương pháp nghiên cứu định lượng (ĐL) và định tính (ĐT) nhằm đánh giá kiến thức, thực hành và một số rào cản trong nghiên cứu khoa học (NCKH) của sinh viên Y khoa. Sinh viên Y khoa năm thứ 4 và năm thứ 6 của Trường đại học Y – Dược, Đại học Huế đã tham gia vào nghiên cứu định lượng (điền bộ câu hỏi) (n=446) và nghiên cứu định tính (phỏng vấn bán cấu và thảo luận nhóm). Các kết quả cho thấy có 42,6% sinh viên Y khoa đã từng hoặc đang tham gia thực hiện đề tài NCKH (trong đó sinh viên năm 4 chiếm 2% và sinh viên năm 6 chiếm 40,6 %). Điểm trung bình kiến thức ($12,98 \pm 3,99$), thực hành ($24,46 \pm 4,50$); trong đó điểm kiến thức và thực hành về làm việc nhóm là cao nhất lần lượt là 2,47 và 3,32. Ngược

lại, kiến thức và thực hành viết đề cương nghiên cứu có số điểm thấp nhất lần lượt là 1,85 và 2,75. Bên cạnh đó, một số rào cản sinh viên gặp phải khi thực hiện NCKH như lựa chọn chủ đề nghiên cứu; phân bố thời gian chưa hợp lý giữa các hoạt động NCKH với học tập thông thường; thiếu kiến thức, thực hành về NCKH; kinh phí thực hiện đề tài; thiếu động lực. Tỷ lệ sinh viên Y khoa thực hiện nghiên cứu khoa học còn chưa cao. Nhà trường cần đưa ra nhiều giải pháp giúp sinh viên nâng cao kiến thức, thực hành và tạo động lực khơi nguồn ý tưởng và cảm hứng nghiên cứu khoa học trong sinh viên.

Từ khóa: Nghiên cứu khoa học, sinh viên Y khoa, kiến thức, thực hành.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE AND BARRIERS IN SCIENTIFIC RESEARCH AMONG MEDICAL STUDENTS AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

This study used a mixed-methods design to evaluate the knowledge, practice, and some barriers to scientific research among medical students. 446 students in the 4th and 6th years

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bình Thắng
SĐT: 0961424769

Email: tbthang@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

participated in quantitative research. Semi-structured and group discussion interviews were carried out. The results show that 42.6% of medical students have been or are currently participating in some part of scientific research, of which 4th year students account for 2% and 6th year students account for 40.6%. Average score of knowledge (12.98 ± 3.99), practice (24.46 ± 4.50); in which the knowledge and practice scores on teamwork accounted for the highest at 2.47 and 3.32, respectively. In contrast, knowledge and practice of writing research proposals had the lowest scores of 1.85 and 2.75, respectively. Whereas some barriers students encounter when conducting scientific research was choosing research topics; inappropriate time allocation between scientific research activities and regular study; lack of knowledge and practice in scientific research; lack of funding for project implementation; and lack of motivation. In conclusion, a low participation rate in scientific research activities suggests that there is room for further interventions to encourage student engagement and support their development as future researchers.

Keywords: Scientific research, medical students, knowledge, practices.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu khoa học (NCKH) trong lĩnh vực y học nhằm tìm hiểu một sự vật hay hiện tượng sức khỏe mà trước đó chúng ta chưa biết hoặc biết không đầy đủ, hoặc đang thay đổi theo cá thể, thời gian hoặc địa điểm, theo những hiện tượng bệnh lý khác song hành hay mới xuất hiện. Với sự phát triển của khoa học công nghệ, nghiên cứu khoa học ngày càng đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra kiến thức và công nghệ mới, góp phần quan trọng trong việc phòng ngừa, điều trị và nâng cao chất lượng dịch vụ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe [1].

Nghiên cứu khoa học trong sinh viên là hoạt động quan trọng và cần thiết của công

tác đào tạo, góp phần nâng cao chất lượng đào tạo đáp ứng chuẩn năng lực đầu ra cho người học. Tham gia nghiên cứu trong quá trình học đại học có vai trò quan trọng đối với sinh viên trong thực hành và định hướng nghiên cứu khoa học trong tương lai. Những kinh nghiệm này mang lại nhiều lợi ích cho sinh viên Y khoa, bao gồm khả năng tự học và tiếp thu kiến thức, cải thiện kỹ năng giao tiếp bằng lời nói và văn bản, cũng như khả năng áp dụng kiến thức mới vào chăm sóc bệnh nhân. Đồng thời phát triển chuyên môn, phát triển tư duy phản biện và kỹ năng quản lý thời gian, cũng như thành thạo trong hợp tác nghiên cứu [2]. Nghiên cứu trên 749 sinh viên của Hà Đức Sơn năm 2019 cho thấy có 04 yếu tố ảnh hưởng đến sự tham gia nghiên cứu khoa học của sinh viên là: môi trường nghiên cứu, động cơ, năng lực của sinh viên và sự quan tâm khuyến khích của nhà trường. Trong đó, môi trường nghiên cứu tác động nhiều nhất đến sự tham gia nghiên cứu khoa học của sinh viên [3].

Tính đến năm 2024, Trường đại học Y – Dược, Đại học Huế đã nghiệm thu hơn 2500 đề tài nghiên cứu khoa học các cấp, trong có có hơn 340 đề tài sinh viên thực hiện. Hằng năm, có từ 70 đến 95 đề tài được sinh viên báo cáo trong các hội nghị khoa học. Tỷ lệ sinh viên tham gia nghiên cứu khoa học giao động từ 9,0% đến 15%. Nhằm cung cấp thêm các thông tin về các giải pháp về nâng cao năng lực NCKH cho sinh viên trong trường đại học thì việc hiểu về thực trạng và các rào cản của sinh viên là hết sức cần thiết. Do đó đề tài này được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Mô tả kiến thức, thực hành về nghiên cứu khoa học của sinh viên Y khoa tại Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế; (2) Tìm hiểu một số rào cản trong quá trình thực hiện nghiên cứu khoa học ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian nghiên cứu

Sinh viên Y khoa năm thứ 4 và năm thứ 6, trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế đồng ý tham gia và hoàn thành khảo sát. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2024. Cỡ mẫu trong nghiên cứu ĐT được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), sai số cho phép $d = 0,05$, $p = 0,83$ (83%) [4]. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 434 sinh viên, trên thực tế có 446 sinh viên tham gia nghiên cứu. Cỡ mẫu trong nghiên cứu ĐT là những sinh viên được lựa chọn có chủ đích theo lớp và thứ tự năm học, đồng thời có sự đồng ý tham gia phỏng vấn bán cấu trúc của sinh viên được lựa chọn. Cỡ mẫu chọn được là 32 sinh viên, trong đó có 15 sinh viên năm thứ 4 và 17 sinh viên năm thứ 6.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu áp dụng phương pháp kết hợp định lượng (ĐL) và định tính (ĐT) theo hai giai đoạn. Giai đoạn đầu tiên là nghiên cứu ĐL sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để đưa ra kết quả về kiến thức, kỹ năng thực hành và một số rào cản khi thực hiện nghiên cứu khoa học. Giai đoạn 2 là nghiên cứu ĐT, tiến hành phỏng vấn bán cấu trúc với một nhóm sinh viên được lựa chọn có chủ đích nhằm tìm hiểu cụ thể hơn những rào cản mà sinh viên gặp phải khi thực hiện NCKH.

2.3. Biến số và đo lường

Nghiên cứu định lượng:

Kiến thức và thực hành về NCKH

Kiến thức của sinh viên được đánh giá dựa trên 6 câu hỏi bao gồm: Viết đề cương nghiên cứu, tìm kiếm tài liệu tham khảo, thu thập số liệu, phân tích số liệu, viết báo cáo (nhận xét kết quả, bàn luận), làm việc nhóm được tính điểm theo 4 mức độ như sau: 1 - nhận biết, 2 - thông hiểu, 3 - vận dụng, 4 - vận dụng cao. Điểm số của thang đo thay đổi từ 1 đến 24 điểm.

Thực hành của sinh viên được đánh giá thông qua 7 câu hỏi gồm: Viết đề cương nghiên cứu, tìm kiếm tài liệu tham khảo, phỏng vấn, thu thập số liệu, phân tích số liệu, viết bài (nhận xét kết quả, bàn luận), làm việc nhóm, trình bày/báo cáo được đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ như sau: 1 - rất không thành thạo, 2 - không thành thạo, 3 - trung bình, 4 - thành thạo, 5 - rất thành thạo. Điểm số của thang đo thay đổi từ 1 đến 35 điểm.

Rào cản: của sinh viên khi thực hiện NCKH được tìm hiểu qua 12 câu hỏi bao gồm: lựa chọn chủ đề nghiên cứu, phân bố thời gian hợp lý giữa các hoạt động NCKH với học tập thông thường, tìm kiếm tài liệu tham khảo, phân tích/thu thập số liệu, xây dựng bộ công cụ/chuẩn hóa bộ công cụ (bộ câu hỏi), viết báo cáo, thiếu động lực, kinh phí thực hiện đề tài, thành lập nhóm nghiên cứu, kiến thức/kỹ năng về thực hiện NCKH, tìm thầy cô hướng dẫn, tương tác với thầy cô hướng dẫn trong quá trình làm đề tài. Mỗi câu được tính tối thiểu là 1 điểm và tối đa là 5 điểm tùy thuộc câu trả lời, cụ thể như sau: 1 - rất khó khăn, 2 - khó khăn, 3 - trung bình, 4 - thuận lợi, 5 - rất thuận lợi. Điểm số của thang đo thay đổi từ 1 đến 60 điểm. Với điểm trung bình càng thấp cho thấy sinh viên càng gặp khó khăn trong thực hiện NCKH. Kết quả phân tích Cronbach's Alpha của thang đo Kiến thức, thực hành và rào cản của sinh viên khi thực hiện NCKH cho thấy hệ số Cronbach's Alpha = 0,868 ($> 0,7$) nên thang đo đạt độ tin cậy cao.

Thông tin về nhân khẩu – xã hội học: giới tính, tuổi, sinh viên năm thứ (Năm 4/Năm 6), xếp loại học tập học kỳ vừa qua (Xuất sắc/Giỏi/Khá/Trung bình-Yếu), đã từng hoặc đang tham gia thực hiện đề tài NCKH (Có/Không), vai trò khi tham gia (Trưởng nhóm/Thành viên/CTV/Không tham gia), số lượng đề tài bạn đã từng tham gia (1 đề tài/2 đề tài/ ≥ 3 đề tài), đã có đề tài được đăng tạp chí chưa (Đã có/Chưa có), đã từng

tham gia báo cáo đề tài nghiên cứu tại các hội thảo/hội nghị chưa (Đã có/Chưa có).

Nghiên cứu định tính: Phỏng vấn bán cấu trúc, thảo luận nhóm

Giai đoạn hai của quá trình nghiên cứu bao gồm các cuộc phỏng vấn theo bộ câu hỏi bán cấu trúc để tìm hiểu sâu hơn về những rào cản trong NCKH ở sinh viên Y. Bên cạnh đó, kết quả ĐT bổ sung cho kết quả nghiên cứu ĐL. Nội dung phỏng vấn, thảo luận bao gồm: “Bạn đã từng tham gia thực hiện NCKH chưa?”, “Theo bạn, ba khó khăn nhất khi thực hiện NCKH là gì?”, “Bạn gặp những rào cản, khó khăn nào khi thực hiện NCKH?”.

2.4. Phân tích số liệu: Kết quả nghiên cứu được mô tả bằng bảng tần suất, tỷ lệ phần trăm, điểm trung bình (độ lệch chuẩn). Số liệu ĐL được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu ĐT được phân tích được dựa trên phương pháp quy nạp và diễn giải, bao gồm việc rà soát số liệu để tìm ra một số chủ đề và phạm trù hay xuất hiện. Quá trình phân tích số liệu được thực hiện bởi hai nghiên cứu viên độc lập cùng mã hóa các ý kiến

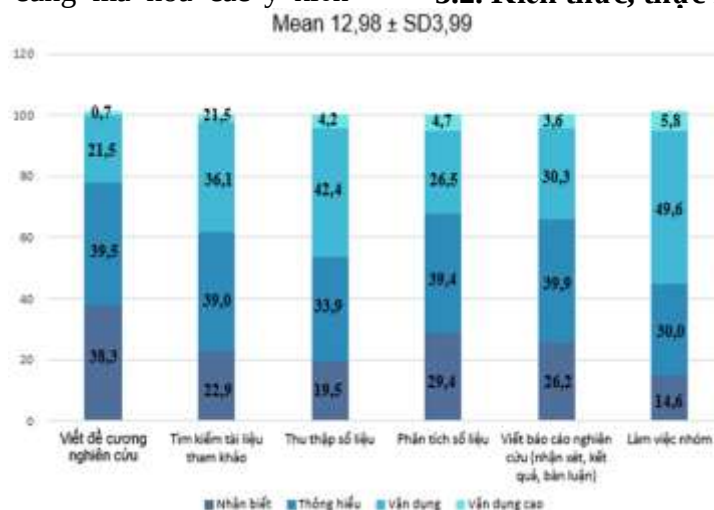
theo chủ đề, sau đó so sánh kết quả làm việc của hai người theo chủ đề.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (số 2454/QĐ-ĐHYD ngày 29/05/2024) và chỉ thực hiện khi có sự đồng ý tham gia của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung nghiên cứu. Các thông tin thu thập được bảo mật chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung Có tổng số 446 sinh viên, nữ chiếm 51,1%, trong đó sinh viên năm 4 và năm thứ 6 lần lượt là 59,4% và 40,6%. Về thành tích học tập, 46,6% sinh viên đạt loại giỏi, trong khi 42,6% đã từng tham gia nghiên cứu khoa học. Tuy nhiên, 57,4% chưa từng thực hiện nghiên cứu, và chỉ 5,8% có đề tài được đăng trên tạp chí. Đa số sinh viên (90,8%) chưa từng báo cáo đề tài tại các hội thảo/hội nghị.

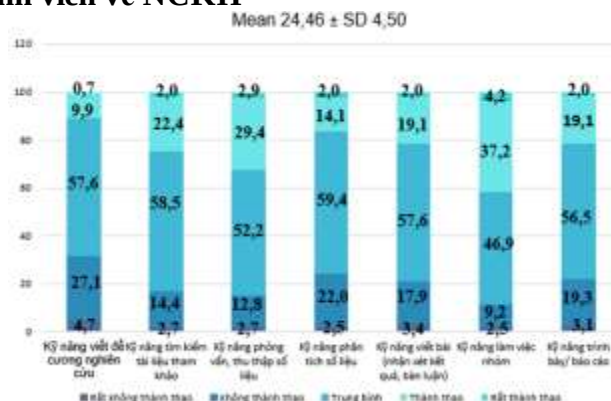
3.2. Kiến thức, thực hành về NCKH



Biểu đồ 1: Kiến thức của sinh viên về NCKH

Điểm trung bình kiến thức của sinh viên về NCKH ($12,98 \pm 3,99$); sinh viên y khoa có điểm kiến thức về làm việc nhóm là cao nhất (2,47) với hơn ½ sinh viên có kiến thức ở mức vận dụng và vận dụng cao. Kiến thức về viết đề cương có số điểm thấp nhất (1,85) và cũng chỉ chiếm 22,2% có kiến thức vận dụng và vận dụng cao ở phần này.

Thực hành của sinh viên về NCKH



Biểu đồ 2: Thực hành của sinh viên về NCKH

Điểm trung bình thực hành sinh viên về NCKH ($24,46 \pm 4,50$); sinh viên y khoa có điểm cao nhất về thực hành kỹ năng làm việc nhóm với điểm trung bình là 3,32; ngược lại, kỹ năng viết đề cương nghiên cứu là kỹ năng được đánh giá thấp điểm nhất với 2,78 điểm và tỷ lệ không thành thạo thực hành ở kỹ năng này chiếm hơn 30%.

3.3. Rào cản khi sinh viên thực hiện nghiên cứu khoa học

Bảng 4: Một số rào cản khi thực hiện NCKH

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Lựa chọn chủ đề nghiên cứu	2,57	0,78
Phân bố thời gian hợp lý giữa các hoạt động NCKH với học tập thông thường	2,68	0,75
Tìm kiếm tài liệu tham khảo	2,96	0,77
Phân tích/thu thập số liệu	2,88	0,78
Xây dựng bộ công cụ, chuẩn hóa bộ công cụ (bộ câu hỏi)	2,86	0,77
Viết báo cáo	2,88	0,71
Thiếu động lực	2,83	0,73
Kinh phí thực hiện đề tài	2,77	0,79
Thành lập nhóm nghiên cứu	2,96	0,75
Kiến thức, kỹ năng về thực hiện NCKH	2,83	0,80
Tìm thầy cô hướng dẫn	3,11	0,93
Tương tác với thầy cô hướng dẫn	3,27	0,95

Kết quả cho thấy, gần một nửa sinh viên Y khoa cho rằng việc lựa chọn chủ đề nghiên cứu là khó khăn nhất và được đánh giá chỉ với 2,57 điểm. Rào cản thứ hai được 41% các bạn sinh viên cho rằng khó khăn và rất khó khăn đó là phân bố thời gian hợp lý giữa các hoạt động NCKH với học tập thông thường. Hơn 1/3 sinh viên nhất trí với nội dung kiến thức, kỹ năng về thực hiện NCKH là rào cản họ gặp phải tiếp theo. Trong khi đó, sinh viên Y khoa đánh giá rằng việc tương tác với thầy/cô

hướng dẫn trong quá trình làm đề tài là thuận lợi nhất với tỷ lệ thuận lợi gần 40% và điểm trung bình là 3,27.

3.4. Kết quả nghiên cứu định tính

Kết quả nghiên cứu ĐT cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu ĐL khi chỉ ra rằng lựa chọn chủ đề nghiên cứu là rào cản lớn nhất. Một số sinh viên trong nghiên cứu cho biết đối họ thực hiện được một đề tài NCKH là không dễ dàng vì vậy việc lựa chọn được chủ đề nghiên cứu đối với sinh viên là rất khó

khăn. Sinh viên năm 4 chia sẻ: “Rào cản mà em gặp phải khi thực hiện NCKH là thiếu người hướng dẫn trong việc lựa chọn đề tài”. Sinh viên năm 4 cho biết: “Theo em kiến thức Y khoa rất lớn, rất nhiều chuyên ngành vì vậy việc chọn đề tài NCKH là rất khó khăn đối với sinh viên Y khoa lần đầu làm NCKH”.

Như vậy, kết hợp với kết quả nghiên cứu ĐT, chúng ta có thể thấy rào cản đầu tiên ngăn cách sinh viên đến gần với NCKH là việc chọn được một đề tài phù hợp. Sinh viên chưa từng hay đã từng tham gia NCKH thì việc lựa chọn được một đề tài nghiên cứu phù hợp là một thách thức lớn đối với họ.

Việc phân bổ thời gian hợp lý giữa các hoạt động NCKH với học tập thông thường cũng là một rào cản mà các bạn gặp phải trong quá trình thực hiện NCKH.

Theo sinh viên năm 4: “Em gặp khó khăn trong việc quản lý thời gian để cân bằng cho việc học tại trường, đi lâm sàng ở bệnh viện, tự học ở nhà và làm NCKH”. Sinh viên năm 6 cũng cho biết mình gặp khó khăn trong việc phân bổ thời gian: “Thời gian thực hiện đề tài khoa học kéo dài, chồng lấp lên lịch trực, lịch học và các công việc khác...”. Bên cạnh đó, các bạn sinh viên còn gặp phải một số khó khăn như chưa có kiến thức, kỹ năng về thực hiện NCKH; kinh phí thực hiện đề tài; thành lập nhóm nghiên cứu.

Bạn sinh viên năm 4 chia sẻ: “Em không biết tìm tài liệu ở đâu và nguồn nào mới uy tín, trích dẫn tài liệu như thế nào, thống kê và phân tích số liệu cũng là một rào cản với em”.

Sinh viên 9 năm 4 cho biết: “Bản thân em không giỏi tiếng anh, còn thiếu kinh nghiệm trong làm việc nhóm và tìm bạn cùng chí hướng...”. Sinh viên gặp khá nhiều khó khăn trong việc thực hiện NCKH, sự hướng dẫn từ Thầy/Cô và tạo điều kiện từ nhà trường đóng vai trò hết sức quan trọng góp phần thúc đẩy niềm đam mê nghiên cứu của sinh viên.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 446 sinh viên Y khoa năm thứ 4 và thứ 6. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 57,4% sinh viên chưa từng tham gia thực hiện đề tài NCKH. Điểm trung bình kiến thức ($12,98 \pm 3,99$), thực hành ($24,46 \pm 4,50$); trong đó điểm kiến thức và thực hành về làm việc nhóm là cao nhất lần lượt là 2,47 và 3,32. Ngược lại, kiến thức và thực hành viết đề cương nghiên cứu có số điểm thấp nhất lần lượt là 1,85 và 2,75. Bên cạnh đó, một số rào cản sinh viên gặp phải khi thực hiện NCKH như lựa chọn chủ đề nghiên cứu; phân bổ thời gian chưa hợp lý giữa các hoạt động NCKH với học tập thông thường; thiếu kiến thức, thực hành về NCKH; kinh phí thực hiện đề tài; thiếu động lực.

So sánh kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Nhân Duyên (2020) với tỷ lệ sinh viên chưa từng tham gia NCKH là 59,1% [5]. Nguyên nhân có thể đến từ việc sinh viên Y khoa thường có gánh nặng học tập lớn đến từ việc vừa học lý thuyết trên giảng đường vừa thực tập lâm sàng tại bệnh viện nên không dành nhiều thời gian để tìm hiểu về NCKH. Trong nhóm có thực hiện đề tài nghiên cứu đa số đóng góp vai trò là thành viên (33,6%) và được phân công thu thập số liệu là chủ yếu (33,6%). Sinh viên có tham gia từ một đề tài NCKH trở lên chiếm 42,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả D Robert Siemens khi “Khảo sát về thái độ đối với nghiên cứu ở trường y” thì có 43% sinh viên cho biết họ không tham gia nhiều vào hoạt động nghiên cứu trong thời gian học y [6]. Tuy nhiên, vẫn tồn tại sự khác biệt giữa tỷ lệ sinh viên được khảo sát có mong muốn tiến hành nghiên cứu và tỷ lệ sinh viên thực sự công bố nghiên cứu. Phần lớn sinh viên chưa có đề tài nào được đăng tạp chí (94,2%) và có đến 90,8% sinh viên chưa từng tham gia báo cáo đề tài nghiên cứu tại các hội thảo/ hội nghị trước đây. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Abdullah Bin-Ghouth (2023) với 42,2% chưa bao giờ trình bày bài nghiên cứu trong một hội nghị hoặc

cuộc họp ở trường đại học và 56,4% chưa bao giờ tham gia xuất bản bài nghiên cứu trên tạp chí [7].

Về kiến thức và thực hành NCKH, sinh viên cho rằng mình có kỹ năng cao nhất ở kỹ năng làm việc nhóm (2,47 điểm kiến thức và 3,32 điểm thực hành) và thấp nhất ở kỹ năng viết đề cương nghiên cứu (1,85 điểm kiến thức và 2,75 điểm thực hành). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến Nhi (2022), đối tượng nghiên cứu cũng đánh giá có kiến thức và thực hành liên quan đến các kỹ năng như kỹ năng làm việc nhóm, kỹ năng đọc và tìm tài liệu khoa học, kỹ năng viết báo cáo [8]. Có thể thấy rằng, kỹ năng làm việc nhóm là một trong những kỹ năng cần thiết đối với sinh viên. Đối với sinh viên Y khoa, các bạn có thói quen lập nhóm học tập từ những năm đầu tiên bước vào trường nên việc làm việc nhóm không còn khó khăn. Tuy nhiên các sinh viên cho rằng mình chưa có kỹ năng nhiều trong việc viết đề cương nên đây cũng là một nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tham gia thực hiện các đề tài NCKH chưa đến một nửa số đối tượng nghiên cứu. Điều này cũng tương đồng với kết quả thu được từ các cuộc phỏng vấn định tính. Ngoài ra, ở phần thực hành NCKH các bạn sinh viên Y khoa cũng tự đánh giá cao về các kỹ năng phỏng vấn thu thập số liệu (3,17 điểm) và kỹ năng tìm kiếm tài liệu tham khảo (3,07 điểm), đây đều là những kỹ năng cần thiết trong nghiên cứu khoa học, là tiền đề để các bạn sinh viên có thể tham gia thực hiện các đề tài NCKH trong những năm tới.

Khi được hỏi về những rào cản gặp phải khi thực hiện NCKH, đa số sinh viên cho rằng lựa chọn chủ đề nghiên cứu là rào cản lớn nhất với tỷ lệ gần 50%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến Nhi (2022) cũng phản ánh rằng rào cản sinh viên gặp nhiều nhất là “không có ý tưởng” chiếm 56,4% [8]. Đa số đối tượng nghiên cứu cho rằng, yếu tố quan trọng nhất là ý tưởng để chọn chủ đề, hình thành đề tài NCKH. Có thể thấy việc lựa

chọn chủ đề nghiên cứu là khâu cực kỳ quan trọng và đóng vai trò then chốt trong việc thực hiện các công trình khoa học. Bởi vì việc lựa chọn chủ đề nghiên cứu giúp sinh viên có thể xác định đúng lĩnh vực mà mình quan tâm để từ đó xác định được mục tiêu, phạm vi, đối tượng nghiên cứu và thực hiện những bước tiếp theo. Tuy nhiên, đối với sinh viên chưa có kinh nghiệm nghiên cứu thì để có thể lựa chọn được một chủ đề phù hợp và mang tính khả thi không phải là một chuyện dễ dàng. Vì thế, nếu không có chủ đề thì chắc chắn sẽ không thể có một bài NCKH nào được làm ra, cho nên lựa chọn chủ đề sẽ là bước quyết định đầu tiên khi bước vào một đề tài NCKH, các bạn sinh viên sẽ phải tìm hiểu và chọn lựa thật kỹ để tạo tiền đề cho tất cả các bước sau này của nghiên cứu. Bên cạnh đó, các bạn sinh viên đa số đều đánh giá rằng việc tương tác với thầy cô hướng dẫn trong quá trình làm đề tài là thuận lợi nhất (3,27 điểm), sinh viên sẽ có xu hướng lựa chọn những thầy cô có mối quan hệ thân thiết và có chuyên môn liên quan đến chủ đề nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng sinh viên vẫn chưa thật sự quan tâm đến hoạt động NCKH. Vì vậy, cần có những giải pháp tích cực làm tăng động lực cho sinh viên thực hiện NCKH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vujaklija, A., et al.**, Can teaching research methodology influence students' attitude toward science? Cohort study and nonrandomized trial in a single medical school. *Journal of Investigative Medicine*, 2010. 58(2): p. 282-286
2. **Lee, Benjamin J et al.** “Engaging Pharmacy Students in Research Through Near-Peer Training.” *American journal of*

- pharmaceutical education vol. 81,9 (2017): 6340. doi:10.5688/ajpe6340
3. **Đức Sơn, H., & Thị Như Mai, N.** Các nhân tố ảnh hưởng đến sự tham gia nghiên cứu khoa học của sinh viên – Nghiên cứu trường hợp Đại học Tài chính-Marketing. Tạp chí Nghiên cứu Tài chính – Marketing, 2019. 49 (2019): p. 13 - 24.
 4. **Muhandiramge, Jaidyn et al.** “The experiences, attitudes and understanding of research amongst medical students at an Australian medical school.” BMC medical education vol. 21,1 267. 10 May. 2021, doi:10.1186/s12909-021-02713-9
 5. **Lê, Thị Nhân Duyên, và c.s.** “Khảo sát mức độ yêu thích nghiên cứu khoa học và các yếu tố liên quan của sinh viên Trường đại học Y Dược cần Thơ năm 2019”. Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ, số p.h 26, Tháng Sáu 2023, tr 165-72, <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/1716>.
 6. **Siemens, D Robert et al.** “A survey on the attitudes towards research in medical school.” BMC medical education vol. 10 4. 22 Jan. 2010, doi:10.1186/1472-6920-10-4
 7. **Bin-Ghouth, Abdullah et al.** “Perception, attitude, and practice toward research among medical students in Hadhramout University, Yemen.” BMC medical education vol. 23,1 853. 10 Nov. 2023, doi:10.1186/s12909-023-04287-0
 8. **Nguyễn TYN, Lâm NA, Hứa TTM, Phan THT, Lê NBT, Lương GH.** Kiến thức, thái độ và thực hành về hoạt động nghiên cứu khoa học của sinh viên Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022. 2022;(69):184-92.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG QUA NHẬN XÉT CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH NĂM 2022

Vũ Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát trên 385 người bệnh đang điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh trong thời gian từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022.

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Thủy
SĐT: 0904567278

Email: thuydhyvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Kết quả: 82,3% người bệnh nhận xét điều dưỡng viên làm tốt công tác tiếp đón người bệnh khi vào viện điều trị. 86,4% người bệnh cho rằng điều dưỡng thực hiện theo dõi, đánh giá tình trạng người bệnh hàng ngày. Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe mới chỉ triển khai được 76,4%.
Kết luận: Đa số người bệnh nhận xét về công tác chăm sóc điều dưỡng ở bệnh viện thành phố khá tốt, tuy nhiên công tác truyền thông giáo dục sức khỏe vẫn chưa được cao so với các nhiệm vụ khác của điều dưỡng.

Từ khóa: chăm sóc điều dưỡng, giáo dục sức khỏe, điều trị nội trú

SUMMARY

CURRENT STATUS OF NURSING CARE FROM THE PERSPECTIVE OF

INPATIENTS AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the state of nursing care based on the feedback of inpatients at Vinh City General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 385 inpatients at Vinh City General Hospital from March 2022 to September 2022. **Results:** 82.3% of patients rated the nurses highly for their patient admission process. Additionally, 86.4% of patients reported that nurses regularly monitored and assessed their health conditions daily. However, health education and counseling efforts were only implemented in 76.4% of cases. **Conclusion:** Most patients positively evaluated the nursing care at the hospital, though health communication and education services were found to be less developed compared to other nursing responsibilities.

Keywords: nursing care, health education, inpatient treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc người bệnh là một trong những nhiệm vụ cốt lõi của ngành y tế, trong đó điều dưỡng đóng vai trò chủ chốt. Điều dưỡng không chỉ hỗ trợ về mặt y tế mà còn là cầu nối giữa người bệnh và bác sĩ giúp tạo ra một môi trường điều trị tốt nhất cho người bệnh. Chất lượng chăm sóc của điều dưỡng ảnh hưởng trực tiếp đến sự hài lòng, sự hợp tác điều trị và hiệu quả hồi phục của người bệnh. Vì vậy, việc đánh giá chất lượng chăm sóc của đội ngũ điều dưỡng từ góc nhìn của người bệnh là một công việc quan trọng, cung cấp những thông tin chân thực và chính xác nhất [1]. Theo đánh giá của Hội điều dưỡng Việt Nam thì 80% công việc chăm sóc người bệnh (CSNB) tại bệnh viện là do điều dưỡng đảm nhiệm, tuy nhiên nguồn lực này đang thiếu và yếu. [2]

Việc nghiên cứu thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa

thành phố Vinh không chỉ giúp xác định những điểm mạnh, yếu của công tác chăm sóc mà còn góp phần đề xuất các giải pháp cải tiến, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc nâng cao sự hài lòng của người bệnh, đồng thời giúp bệnh viện nâng cao uy tín và chất lượng phục vụ trong hệ thống y tế hiện đại. Chính vì thế, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đang điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh cơ sở 1

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đang nằm điều trị tại bệnh viện từ ngày thứ 2 trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mới vào viện, người bệnh là thân nhân của nhân viên bệnh viện. Người bệnh hôn mê; người bệnh tinh thần không tỉnh táo, người bệnh không biết chữ; người bệnh chuyển viện.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 3/2022- 9/2022 tại các khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa thành phố Vinh cơ sở 1.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ trong một quần thể với độ chính xác tương đối.

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

p= 0,8 là tỷ lệ hài lòng của người bệnh về công tác chăm sóc điều dưỡng tất cả lĩnh vực (chọn p=0,05 để cỡ mẫu cao nhất)

ϵ : Khoảng sai lệch tương đối mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Là khoảng tin cậy phụ thuộc mức ý nghĩa thống kê.

- Ta có : $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$.
Chọn $d = 0,05$

Thay vào công thức ta được cỡ mẫu tối thiểu $n = 385$

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Có 12 khoa lâm sàng, trung bình sẽ phỏng vấn mỗi khoa 32 bệnh nhân, trong đó khoa Nội tổng hợp tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú đông hơn nên sẽ chọn 33 người bệnh để phỏng vấn. Tại mỗi khoa sẽ chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn để phỏng vấn đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

2.6. Biến số nghiên cứu: Các biến số và chỉ số của nghiên cứu bao gồm các biến liên quan đến thông tin chung, đánh giá công tác tiếp đón, chăm sóc, theo dõi giáo dục sức khỏe, chăm sóc về tinh thần, chăm sóc vệ sinh cá nhân.

2.7. Cách đánh giá: Tham khảo bộ công cụ và cách tính điểm trong nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Tuyết và cộng sự [3], Cách

tính điểm chỉ áp dụng trong nghiên cứu này, cụ thể như sau:

Mỗi biến có 3 mức độ đánh giá:

Không thực hiện/giải thích: 1 điểm

Lúc có, lúc không: 2 điểm

Đầy đủ/ Hàng ngày: 3 điểm

- Công tác tiếp đón mức đạt khi điểm trung bình: $\geq 8,3$

- Công tác chăm sóc điều dưỡng, hỗ trợ ăn uống điểm đạt $\geq 7,2$

- Công tác chăm sóc, hỗ trợ tinh thần điểm đạt ≥ 13

- Công tác theo dõi đánh giá người bệnh, điểm đạt: $\geq 8,35$

- Công tác hỗ trợ điều trị và phối hợp bác sỹ, điểm đạt: $\geq 8,35$

- Công tác tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe, điểm đạt: $\geq 18,3$

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến tỷ lệ được biểu diễn bằng tỷ lệ phần trăm (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 385 người bệnh điều trị nội trú được phỏng vấn về công tác chăm sóc điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh cho kết quả như sau:

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		n	%
Nhóm tuổi	≤ 39 tuổi	60	15,6
	40-59 tuổi	105	27,3
	≥ 60 tuổi	220	57,1
Giới tính	Nam	242	62,9
	Nữ	143	37,1
Số lần nằm viện	1 lần	279	72,5
	2 lần	67	17,4
	≥ 3 lần	39	10,1
Các thức điều trị	Điều trị nội khoa	214	55,6
	Điều trị ngoại khoa	171	44,4

Kết quả bảng 1 cho thấy nam giới cao hơn nữ giới (62,9% so với 37,1%), nhóm tuổi cao nhất từ 60 tuổi trở lên (57,1%), đa số người bệnh điều trị lần đầu chiếm 72,5%, Người bệnh điều trị nội khoa chiếm 55,6%, còn lại điều trị ngoại khoa chiếm 44,4%.

Bảng 2. Công tác tiếp đón người bệnh (n=385)

Nội dung		n	%
Tiếp đón chu đáo khi người bệnh vào viện	Không	2	0,5
	Có nhưng chưa chu đáo	32	8,3
	Chu đáo	351	91,2
Hướng dẫn về thủ tục hành chính, nội quy bệnh viện	Không	6	1,6
	Có nhưng chưa chu đáo	68	17,6
	Chu đáo	311	80,8
Hướng dẫn NB về quyền lợi và nghĩa vụ, nội qui, quy định khi nằm viện	Không	32	8,3
	Có nhưng chưa chu đáo	72	18,7
	Chu đáo	281	73,0

Bảng 2 cho thấy có 92,5% người bệnh được tiếp đón chu đáo khi vào viện điều trị; 80,8% người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn về thủ tục hành chính, nội quy bệnh viện chu đáo; Chỉ có 73,0% người bệnh được hướng dẫn chu đáo về quyền lợi và nghĩa vụ, nội qui, quy định khi nằm viện

Bảng 3. Công tác chăm sóc dinh dưỡng, hỗ trợ BN ăn uống (n=385)

Nội dung		n	%
Giải thích, hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh tật	Không	86	22,3
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	72	18,7
	Hàng ngày	227	59,0
Giải thích hướng dẫn nên và không nên ăn loại thực phẩm nào đó	Không bao giờ	60	15,6
	Giải thích khi người bệnh hỏi	171	44,4
	Hàng ngày	154	40,0
Cách giải thích của điều dưỡng viên về ăn uống	Không hiểu	44	11,4
	Khó hiểu	43	11,2
	Hiểu rõ ràng	298	77,4

Bảng 3 trình bày về công tác chăm sóc dinh dưỡng, hỗ trợ bệnh nhân ăn uống, có đến 22,3% người bệnh không được giải thích, hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh tật, chỉ có hơn 1 nửa người bệnh được hướng dẫn, giải thích hàng ngày chiếm 59,0%; chỉ có 40% người bệnh được hướng dẫn nên và không nên ăn một loại thực phẩm nào đó; trong số những người được hướng dẫn, giải thích chế độ ăn thì có 77,4% người bệnh hiểu rõ ràng về cách giải thích của người điều dưỡng.

Bảng 4. Công tác chăm sóc hỗ trợ về tâm lý, tinh thần cho người bệnh (n=385)

Nội dung		n	%
Giải thích rõ về tình trạng bệnh khi NB đang nằm viện	Không giải thích	85	65,7
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	47	12,2
	Hàng ngày	253	65,7
Luôn quan tâm, động viên người bệnh	Không	21	5,4
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	140	36,4
	Hàng ngày	224	58,2
Giải thích, động viên NB khi tiến hành thủ tục chăm sóc	Không giải thích	29	7,5
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	147	38,2
	Hàng ngày	209	54,3

Nội dung		n	%
Cư xử tôn trọng với người bệnh	Không tôn trọng	3	0,8
	Chưa được tôn trọng	18	4,7
	Luôn tôn trọng	364	94,5
Đánh giá về công tác hỗ trợ, chăm sóc tâm lý, tinh thần cho người bệnh	Chưa đạt	126	32,7
	Đạt	259	67,3

Bảng 4 trình bày công tác chăm sóc hỗ trợ về tâm lý, tinh thần cho người bệnh, chỉ có 65,2% người bệnh được giải thích rõ hàng ngày về tình trạng bệnh cho người bệnh hoặc người nhà; chỉ có 58,2% người bệnh được quan tâm, động viên hàng ngày bởi điều dưỡng; có hơn 1 nửa người bệnh (54,3%) được động viên hàng ngày khi tiến hành thủ tục chăm sóc; Đa số người bệnh được điều dưỡng viên cư xử tôn trọng chiếm 94,5%.

Bảng 5. Công tác theo dõi, đánh giá người bệnh (n=385)

Nội dung		n	%
ĐDV theo dõi diễn biến hàng ngày của người bệnh	Không	13	3,4
	Ngày có, ngày không	70	18,2
	Hàng ngày	302	78,4
Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày	Không	3	0,8
	Ngày có, ngày không	68	17,7
	≥ 1 lần/ngày	314	81,6
Điều dưỡng viên xử lý kịp thời diễn biến bệnh của bệnh nhân	Không	2	0,5
	Chưa kịp thời	59	15,3
	Kịp thời	324	84,2

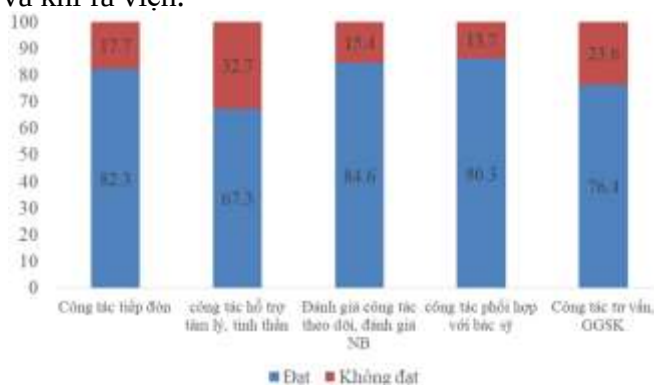
Bảng trên cho thấy có 78,4% người bệnh được điều dưỡng theo dõi diễn biến hàng ngày, vẫn còn 3,4% người bệnh chưa được theo dõi diễn biến hàng ngày. Công tác đo mạch, nhiệt độ, huyết áp được thực hiện thường xuyên (81,6%), tuy vậy vẫn còn 17,7% người bệnh chỉ được theo dõi ngày có, ngày không. Khi bệnh nhân có dấu hiệu diễn biến bất thường và báo cho điều dưỡng viên xử trí kịp thời chiếm 84,2%. Vẫn còn 15,3% chưa được xử trí kịp thời.

Bảng 6. Công tác tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho NB (n=385)

Nội dung		n	%
Giải thích cho NB cách dùng thuốc, mục đích của sử dụng thuốc và XN	Không	70	18,2
	Có nhưng không đầy đủ (≥ 1 lần/tuần)	67	17,4
	Đầy đủ trước mỗi nội dung thực hiện	248	64,4
Hướng dẫn chế độ ăn uống trong điều trị và khi ra viện	Không	139	36,1
	Có nhưng không đầy đủ (≥ 1 lần/tuần)	60	15,6
	Đầy đủ hàng tuần và trước khi ra viện	186	48,3
Thông tin về tình trạng sức khỏe của người bệnh cho gia đình trong quá trình điều trị	Không	57	14,8
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	111	28,8
	Hàng tuần	217	56,4
Hướng dẫn NB cách tự theo dõi bệnh trong và sau quá trình điều trị	Không	52	13,5
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	128	33,2
	Hàng tuần và trước khi ra viện	205	53,3
Hướng dẫn NB cách tự phòng bệnh trong điều trị và khi ra viện	Không	120	31,2
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	67	17,4
	Hàng tuần và trước khi ra viện	198	51,4

Nội dung		n	%
Hướng dẫn các phương pháp tập luyện nâng cao sức khỏe tại gia đình	Không	67	17,4
	Lúc có, lúc không (≥ 1 lần/tuần)	137	35,6
	Hàng tuần và trước khi ra viện	181	47,0
Hướng dẫn chế độ sinh hoạt, lao động trong điều trị và khi ra viện	Không	116	30,1
	Có nhưng không đầy đủ	67	17,4
	Đầy đủ	202	52,5

Bảng trên trình bày công tác tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh cho thấy chỉ 64,4% ĐDV giải thích đầy đủ cho người bệnh cách dùng thuốc, mục đích của sử dụng thuốc và xét nghiệm; chưa đến 1 nửa (48,3%) hướng dẫn đầy đủ chế độ ăn uống trong điều trị và khi ra viện; 56,4% thông tin về tình trạng sức khỏe của người bệnh cho gia đình trong quá trình điều trị; chỉ 53,3% hướng dẫn hàng tuần và trước khi ra viện cách tự theo dõi trong và sau quá trình điều trị; 51,4% hướng dẫn hàng tuần các phương pháp luyện tập nâng cao sức khỏe tại gia đình; Trên 50% ĐDV có hướng dẫn người bệnh đầy đủ chế độ sinh hoạt, lao động trong điều trị và khi ra viện.



Biểu đồ 1. Đánh giá chung của NB theo tiêu chuẩn nghiên cứu về công tác CSNB của ĐDV

Biểu đồ 1 cho thấy đánh giá chung của người bệnh theo tiêu chuẩn nghiên cứu về công tác chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng viên cho thấy công tác phối hợp với bác sĩ đạt cao nhất với 86,3%, thấp nhất là công tác tư vấn giáo dục sức khỏe chỉ đạt 76,4%.

IV. BÀN LUẬN

Qua đánh giá về thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua nhận xét trên 385 người bệnh đang điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh chúng tôi đưa ra một số bàn luận như sau:

Mẫu nghiên cứu bao gồm 385 người bệnh tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh bao gồm 242 nam và 143 nữ, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 60 tuổi trở lên chiếm 57,1%. Số lần nằm viện, đa số các đối tượng nghiên cứu mới nằm viện một lần chiếm tới 72,5%.

Người bệnh điều trị nội khoa chiếm 55,6%, còn lại điều trị ngoại khoa chiếm 44,4%.

Kết quả nghiên cứu về công tác tiếp đón cho thấy có tới 91,2% người bệnh đánh giá công tác đón tiếp người bệnh khi vào viện của điều dưỡng là chu đáo niềm nở, người bệnh được xếp giường ngay khi vào khoa; kết quả này cao hơn với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ly tại Hải Dương năm 2007 là 87,7% [4], tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Bình năm 2007 tại viện chấn thương – chỉnh hình Quân đội BVTW 108 là 94,1% [5]. Phải chăng kỷ luật quan đội yêu cầu và được thực hiện nghiêm túc, đầy đủ hơn sơ với dân sự?

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh được giải thích, hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh tật hàng ngày là 59,0%, tỷ lệ người

bệnh không được giải thích lên tới 22,3%, đây là tỷ lệ tương đối thấp so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình Minh đánh giá về hướng dẫn chế độ ăn trong công tác chăm sóc người bệnh (CSNB) toàn diện tại khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC) bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình đạt tới 99,1% [6]. Phải chăng do đặc tính của khoa HSCC cần có sự quan tâm chăm sóc đặc biệt của điều dưỡng viên (ĐDV), mặt khác, đây là một trong những khoa làm điểm vệ chăm sóc toàn diện (CSTD) của bệnh viện đa khoa Ninh Bình nên Bệnh viện đã đầu tư, quan tâm sâu sát đến CSNB

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, có 65,7% người bệnh được giải thích rõ về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị cho người bệnh; đây là điều mong mỏi của người bệnh, họ mong muốn hiểu rõ bệnh tình của mình và các điều trị như thế nào để yên tâm, tin tưởng và chữa bệnh. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ly tại Hải Dương là 69,7% [4], nhưng lại thấp hơn so với kết quả của Ngô Thị Tuyết [3] và Dương Thị Bình Minh tại bệnh viện Việt Đức [7].

Công tác tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của công tác chăm sóc sức khỏe trong giai đoạn mới hiện nay. Việc hướng dẫn, giáo dục sức khỏe phải được thực hiện ngay tại cộng đồng từ người còn khỏe cho đến người bệnh, đặc biệt là người bệnh nằm điều trị nội trú nhằm có những kiến thức y tế cơ bản về bệnh tật của mình và cách phòng tránh bệnh, luyện tập phòng biến chứng. Tuy vậy, công tác tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh hiện nay tại các bệnh viện chưa thực sự được quan tâm đúng mức. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 76,4% người bệnh được tư vấn giáo dục sức khỏe cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Bình chỉ có 50,5% người bệnh được phổ biến kiến thức về y tế [5].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng công tác chăm sóc điều dưỡng ở tất cả các lĩnh vực tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh được người bệnh nhận xét đạt kết quả khá cao, tuy nhiên điều dưỡng viên vẫn cần dành thời gian hơn nữa về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Council of Nurses website.** 2002, accessed 02/01/2023, <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
2. **Hội Điều dưỡng Việt Nam** (2020). Báo cáo Tổng kết hoạt động Hội Điều dưỡng Việt Nam
3. **Ngô Thị Tuyết, Hoàng Thị Uyên và Phan Thị Thanh Thủy** (2018). Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh tại bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên. Tạp chí khoa học điều dưỡng; 1(04):115-123.
4. **Nguyễn Thị Ly** (2005), “Đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh toàn diện tại một số cơ sở y tế tỉnh Hải Dương” Kỷ yếu hội nghị nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II, NXB giao thông vận tải, Hà Nội. Tr-163-168.
5. **Lê Thị Bình** (2007), Khảo sát thực trạng năng lực điều dưỡng làm việc tại một số bệnh viện để cải tiến chương trình, phương pháp đào tạo và nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc người bệnh, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, Hà Nội
6. **Nguyễn Thị Bình Minh và Lê Thị Lan** (2019). Đánh giá thực trạng công tác CSNBTD tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình – năm 2019, Kỷ yếu Hội nghị nghiên cứu khoa học điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ 5, Hà Nội, 162-172.
7. **Dương Thị Bình Minh, Lê Văn Thạch** (2013). Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu nghị, Tạp chí y học thực hành; 876 (7):125-129.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Nguyễn Đức Dương¹, Đinh Thị Hằng Nga¹, Phạm Thị Thảo My¹

TÓM TẮT⁶⁹

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) và nhận xét một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc SKSS của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả là cắt ngang với cỡ mẫu là 400 sinh viên năm thứ 4 thuộc các ngành Y khoa, Điều dưỡng và Dược học. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên có kiến thức tốt về chăm sóc SKSS là 69%; 59,3% sinh viên có thái độ tốt và chỉ có 42,8% sinh viên có hành vi tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc SKSS như: ngành học, nơi ở hiện tại, mức độ chia sẻ vấn đề về SKSS với gia đình ($p<0,05$). **Kết luận:** Mặc dù là sinh viên thuộc khối ngành sức khỏe nhưng tỷ lệ này chưa cao, cần tăng cường giáo dục về kiến thức chăm sóc SKSS giúp sinh viên nâng cao nhận thức và lối sống đúng đắn, chủ động bảo vệ sức khỏe bản thân cũng như cộng đồng.

Từ khóa: Sức khỏe sinh sản, sinh viên, quan hệ tình dục.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS TAKE CARE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF STUDENTS AT VINH MEDICINE UNIVERSITY IN 2023

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Dương

SĐT: 0983188550

Email: ducduong@vmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Objective: To describe the current knowledge, attitudes, and behaviors related to reproductive health (RH) care and identify factors associated with these aspects among students at Vinh Medical University in 2023.

Methods: The study used a cross-sectional descriptive method with a sample size of 400 fourth-year students from the fields of Medicine, Nursing, and Pharmacy. **Results:** The study revealed that 69% of students had good knowledge of RH care, 59.3% had positive attitudes, and only 42.8% demonstrated good behavior regarding RH care. Several factors were associated with knowledge, attitudes, and behaviors in RH care, such as academic field, current residence, and the level of sharing RH issues with family ($p<0.05$). **Conclusion:** Although the students are from health-related fields, the percentages of good knowledge, attitudes, and behaviors are still not high. There is a need to enhance education on RH care to raise awareness, promote healthy lifestyles, and encourage proactive measures for personal and community health protection.

Keywords: Reproductive health, students, sexual relations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe sinh sản là tình trạng khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội của tất cả những gì liên quan đến cấu tạo và hoạt động của bộ máy sinh sản, không phải chỉ đơn thuần là không có bệnh hay khuyết tật của bộ máy đó¹. Tình trạng quan hệ tình dục sớm, quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn, nạo phá thai, nguy cơ mắc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI/STD) ở thanh thiếu niên đang có xu hướng gia tăng. Bên cạnh đó, thanh niên hiện

nay đang có những thay đổi mạnh mẽ trong quan niệm về tình yêu, tình dục, hôn nhân, gia đình..., họ thể hiện quan hệ tình yêu tự do và cởi mở hơn so với các thế hệ trước trong rất nhiều vấn đề và đặc biệt là quan hệ tình dục trước hôn nhân².

Theo nghiên cứu của McCormack năm 2019 ở Hoa Kỳ về lây truyền qua đường tình dục cho thấy tỉ lệ mắc các bệnh STI/STD đang có tỉ lệ gia tăng³. Tại Việt Nam, thống kê của Vụ Sức Khỏe bà mẹ trẻ em cho thấy, có đến khoảng 300.000 ca nạo phá thai mỗi năm, trong đó học sinh, sinh viên chiếm tới 60-70%⁴. Bên cạnh đó, tỉ lệ mắc các bệnh STI/STD có xu hướng tăng nhanh, năm 2017 có tới 17.3% tương đương với khoảng 200.000 người mắc⁵. Những con số này là báo động cho sự thiếu kiến thức, thái độ và hành vi bảo vệ và chăm sóc SKSS ở thanh thiếu niên. Dậy thì sớm không đồng nghĩa là sẵn sàng cho tình dục, khi mà chưa trang bị đầy đủ kiến thức, thái độ và hành vi về bảo vệ và chăm sóc SKSS sẽ để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng như mang thai ngoài ý muốn, nạo phá thai không an toàn, dễ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hiện tượng vô sinh, ảnh hưởng đến sức khỏe và tinh thần, đặc biệt là ảnh hưởng đến tương lai sau này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản và các yếu tố liên quan ở sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên đang học năm thứ 4 của trường Đại học Y khoa Vinh bao gồm các ngành: Y khoa, Điều dưỡng, Dược học năm học 2022-2023.

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Y khoa Vinh số 161 Nguyễn Phong Sắc, Hưng Dũng, Thành phố Vinh, Nghệ An

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu bắt đầu từ tháng 2/2023 đến tháng 5/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

z: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì $z = 1,96$

p: tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về nội dung chăm sóc SKSS. Chúng tôi ước lượng tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về chăm sóc SKSS là 50% để có cỡ mẫu lớn nhất nên $p = 0,5$

d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,05$

Từ đó cỡ mẫu tối thiểu là $n = 385$. Để dự phòng các đối tượng nghiên cứu trả lời không hợp lệ trong quá trình nghiên cứu, cỡ mẫu làm tròn là 400.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng dựa theo tỷ lệ sinh viên từng ngành theo công thức:

$$n_i = n \frac{N_i}{N}$$

n_i : Cỡ mẫu tầng i

n: Cỡ mẫu tất cả các tầng ($n=400$)

N_i : Số đơn vị mẫu của tầng i (Y khoa có 368 SV, Điều dưỡng có 98 SV, Dược học có 89 SV)

N: Số đơn vị mẫu của tất cả các tầng ($N= 555$)

Theo công thức trên tính được:

Cỡ mẫu tầng 1 (SV ngành Y khoa) = 265 SV

Cỡ mẫu tầng 2 (SV ngành Điều dưỡng) = 71 SV

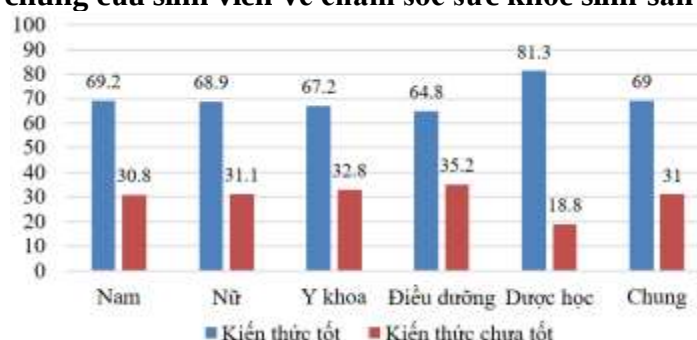
Cỡ mẫu tầng 3 (SV ngành Dược học) = 64 SV

Tổng số SV tham gia nghiên cứu là 400 SV

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu theo chương trình phần mềm SPSS 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

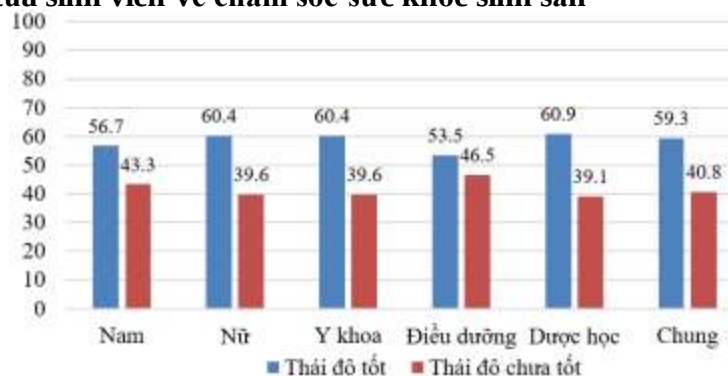
3.1. Kiến thức chung của sinh viên về chăm sóc sức khỏe sinh sản



Biểu đồ 1: Phân loại kiến thức của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc SKSS

Đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản là 69%, sinh viên nam có kiến thức tốt (69,2%) cao hơn sinh viên nữ (68,9%). Ngành Dược học có kiến thức tốt cao nhất (81,3%), ngành Điều dưỡng có kiến thức tốt thấp nhất (64,8%).

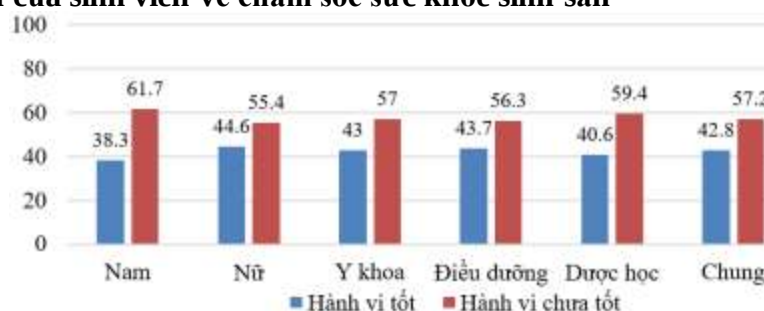
3.2. Thái độ của sinh viên về chăm sóc sức khỏe sinh sản



Biểu đồ 2: Phân loại thái độ của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc SKSS

59,3% đối tượng nghiên cứu có thái độ tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Sinh viên nữ có thái độ tốt (60,4%) cao hơn sinh viên nam (56,7%), ngành Dược học có thái độ tốt cao nhất (60,9%), thái độ tốt thấp nhất là ngành Điều dưỡng (53,5%).

3.3. Hành vi của sinh viên về chăm sóc sức khỏe sinh sản



Biểu đồ 3: Phân loại hành vi của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc SKSS

Chỉ có 42,8% đối tượng nghiên cứu có hành vi tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sinh viên nữ có hành vi tốt (44,6%) cao hơn sinh viên nam (38,3%). Ngành Dược học có hành vi chưa tốt cao nhất (59,4%), thấp nhất là ngành Điều dưỡng (56,3%).

3.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc SKSS**Bảng 13: Mối liên quan giữa ngành học và kiến thức chăm sóc SKSS**

Ngành học \ Kiến thức	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		OR (CI 95%)	P
	SL	%	SL	%		
Dược học	52	81,3	12	18,7	1	1
Y khoa	178	67,2	87	32,8	2,118 (1,075-4,172)	0,03
Điều dưỡng	46	64,8	25	35,2	2,355 (1,064-5,212)	0,035

Ngành Dược học có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản cao gấp 2,118 lần so với ngành Y khoa và cao gấp 2,355 lần so với ngành Điều dưỡng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: Mối liên quan giữa nơi ở hiện tại và kiến thức chăm sóc SKSS

Nơi ở hiện tại \ Kiến thức	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		OR (CI 95%)	P
	SL	%	SL	%		
Ở tại gia đình	59	60,8	38	39,2	1	1
Ở trọ	162	70,1	69	29,9	2,084 (1,056-4,112)	0,034
Ở kí túc xá	55	76,4	17	23,6	1,378 (0,747-2,543)	0,305

Sinh viên ở trọ có kiến thức tốt cao gấp 2,084 lần so với sinh viên ở cùng với gia đình, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa mức độ chia sẻ vấn đề SKSS với gia đình và kiến thức chăm sóc SKSS

Mức độ chia sẻ SKSS với gia đình \ Kiến thức	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		OR (CI 95%)	P
	SL	%	SL	%		
Không bao giờ	21	52,5	19	47,5	1	1
Thường xuyên	27	71,1	11	28,9	0,450 (0,177-1,148)	0,095
Thỉnh thoảng	147	76,2	46	23,8	0,346 (0,171-0,699)	0,03
Hiếm khi	81	62,8	48	37,2	0,655 (0,320-1,340)	0,247

Đối tượng nghiên cứu thỉnh thoảng chia sẻ vấn đề SKSS với gia đình có kiến thức tốt cao gấp 0,346 lần so với đối tượng nghiên cứu không bao giờ chia sẻ vấn đề SKSS với gia đình, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ chăm sóc SKSS

Kiến thức \ Thái độ	Thái độ tốt		Thái độ chưa tốt		OR (CI 95%)	P
	SL	%	SL	%		
Kiến thức tốt	183	66,3	93	33,7	2,551 (1,653-3,937)	0,00
Kiến thức chưa tốt	54	43,5	70	56,5		

Đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản có thái độ tốt cao gấp 2,551 lần so với nhóm đối tượng nghiên cứu kiến thức chưa tốt ($p < 0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa kiến thức và hành vi chăm sóc SKSS

Kiến thức \ Hành vi	Hành vi tốt		Hành vi chưa tốt		OR (CI 95%)	P
	SL	%	SL	%		
Kiến thức tốt	128	46,4	148	53,6	1,629 (1.050-2,527)	0,029
Kiến thức chưa tốt	43	34,7	81	65,3		

Đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản có hành vi tốt cao gấp 1,629 lần so với nhóm đối tượng nghiên cứu kiến thức chưa tốt ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kiến thức

Kết quả nghiên cứu về kiến thức sức khỏe sinh sản của sinh viên cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm ngành và giới tính. Đối với kiến thức về dấu hiệu tuổi dậy thì, có 71,3% sinh viên có kiến thức tốt, đặc biệt là về việc bắt đầu có kinh nguyệt ở nữ và xuất tinh khi ngủ ở nam. Sinh viên ngành Dược học có kiến thức tốt nhất với tỷ lệ 79,7%, trong khi ngành Điều dưỡng có tỷ lệ thấp nhất (62%). Sinh viên nam có hiểu biết cao hơn sinh viên nữ về dấu hiệu dậy thì (76,7% so với 68,9%). Đối với kiến thức về thời điểm dễ có thai, 74,3% sinh viên nắm vững kiến thức, đặc biệt trong khoảng từ ngày thứ 8 đến ngày thứ 18 của chu kỳ kinh nguyệt. Sinh viên ngành Dược học có tỷ lệ hiểu biết tốt nhất (76,6%) và sinh viên nữ có kiến thức cao hơn sinh viên nam (74,6% so với 73,3%). Kiến thức về sử dụng các biện pháp tránh thai, 83,8% sinh viên có kiến thức tốt, trong đó sử dụng thuốc tránh thai là biện pháp phổ biến nhất. Sinh viên ngành Dược học tiếp tục dẫn đầu với tỷ lệ 96,9%, trong khi sinh viên nữ có kiến thức cao hơn sinh viên nam (87,1% so với 75,8%). Kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng đạt tỷ lệ cao với 82,5% sinh viên có kiến thức tốt, đặc biệt về bệnh HIV/AIDS. Sinh viên ngành Dược học có tỷ lệ hiểu biết cao nhất (90,6%), trong khi ngành Điều dưỡng thấp nhất (74,6%). Sinh viên nữ có tỷ

lệ kiến thức cao hơn sinh viên nam (83,6% so với 80%).

Đối với tác hại của nạo phá thai, 81% sinh viên nhận thức rõ các nguy cơ, trong đó vô sinh là vấn đề được nhiều sinh viên biết đến nhất. Ngành Dược học tiếp tục dẫn đầu về kiến thức (84,4%) so với các ngành khác. Sinh viên nữ cũng có tỷ lệ nhận thức cao hơn so với nam giới. Cuối cùng, về tình dục an toàn, 78,5% sinh viên có kiến thức tốt, đặc biệt là về việc phòng tránh bệnh lây truyền qua đường tình dục. Sinh viên ngành Dược học vẫn dẫn đầu với tỷ lệ 90,6%, trong khi ngành Điều dưỡng có tỷ lệ thấp nhất (49,3%). Sinh viên nam có kiến thức cao hơn sinh viên nữ (84,2% so với 76,1%).

Nhìn chung, sinh viên ngành Dược học thể hiện kiến thức tốt nhất về sức khỏe sinh sản trong tất cả các nội dung nghiên cứu, trong khi ngành Điều dưỡng thường có tỷ lệ thấp hơn. Sinh viên nữ có kiến thức tổng thể tốt hơn sinh viên nam trong nhiều lĩnh vực, tuy nhiên vẫn có những lĩnh vực mà sinh viên nam vượt trội hơn.

4.2. Về thái độ

Kết quả khảo sát thái độ của sinh viên về các vấn đề sức khỏe sinh sản cho thấy sự khác biệt giữa giới tính và ngành học. Về thái độ khi thảo luận về sức khỏe sinh sản, có 61% sinh viên có thái độ tốt, với sự chủ động lắng nghe và tiếp thu kiến thức. Sinh viên nữ có thái độ tích cực hơn so với sinh viên nam (64,3% so với 53,3%). Về quan điểm chăm sóc sức khỏe sinh sản, chỉ có 42,8% sinh viên thể hiện thái độ tốt. Ngành Dược học dẫn đầu với 50% sinh viên có thái độ tích cực, trong khi ngành Điều dưỡng có tỷ lệ thấp nhất (31%). Một số quan điểm nổi bật

bao gồm 65,5% sinh viên cho rằng quan hệ tình dục trước hôn nhân là biểu hiện của tình yêu, và 68,3% đồng ý rằng nam giới có thể quan hệ trước hôn nhân, nhưng nữ giới thì không. Tuy nhiên, vẫn có 78,5% sinh viên chấp nhận việc nạo phá thai khi chưa kết hôn là bình thường.

Trong tổng quan, 59,3% sinh viên có thái độ tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Sinh viên nữ có thái độ tốt hơn sinh viên nam (60,4% so với 56,7%), và sinh viên ngành Dược học tiếp tục có tỷ lệ cao nhất (60,9%), trong khi ngành Điều dưỡng thấp nhất (53,5%). Điều này cho thấy mức độ chấp nhận và thái độ về các vấn đề sức khỏe sinh sản có sự khác biệt giữa các ngành học và giới tính.

4.3. Về hành vi

Đối tượng nghiên cứu có hành vi tốt về chia sẻ vấn đề SKSS cho gia đình là 57,8%. Tuy nhiên có 10% sinh viên không bao giờ chia sẻ vấn đề SKSS cho gia đình (Bảng 9). Kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam năm 2020 của tác giả Đỗ Lan Phương, tỷ lệ sinh viên có hành vi tốt về chia sẻ các vấn đề SKSS là 44,3%⁷, nhưng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Võ Thị Kiều Mi ở khối Khoa học sức khỏe của trường Đại học Duy Tân năm 2020 là 88,5%. Bố mẹ luôn dành hết tình yêu thương cho con cái, luôn là người định hướng cho con, dạy dỗ con cách bảo vệ mình trước những cám dỗ. Phong tục ngày xưa là cha mẹ đặt đâu con ngồi đấy, cấm cản con cái yêu đương, nhưng xã hội hiện nay, bố mẹ luôn lắng nghe về ý kiến của con trong những vấn đề liên quan đến SKSS, chia sẻ, gần gũi quan tâm đến con cái nhiều hơn, gắn kết tình cảm gia đình và góp ý, đưa ra lời khuyên định hướng đúng đắn cho con.

20,3% đối tượng nghiên cứu đã quan hệ tình dục, trong đó thì sinh viên nam đã QHTD (29,2%) cao hơn sinh viên nữ (16,4%) (Bảng 10). 93,8% sinh viên tự

nguyên quan hệ tình dục lần đầu. Đặc biệt 100% sinh viên nam QHTD lần đầu là tự nguyện (Bảng 11). Bao cao su và thuốc tránh thai được sinh viên lựa chọn nhiều nhất khi QHTD. Tuy nhiên vẫn có 7,4% đối tượng nghiên cứu không sử dụng BPTT nào khi QHTD (Bảng 12). 24,7% đối tượng nghiên cứu luôn luôn sử dụng biện pháp tránh thai khi quan hệ tình dục (Bảng 13). Kết quả nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu khác trong nước như: nghiên cứu tại trường đại học Đại Nam năm 2022, tỷ lệ sinh viên đã QHTD là 16,1%, trong đó có 16,7% không sử dụng biện pháp tránh thai khi quan hệ tình dục¹¹; nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bạch Tuyết ở các trường đại học, cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương năm 2016, 18,9% sinh viên đã QHTD nhưng có đến 61,29% sinh viên không thường xuyên sử dụng BPTT trong những lần QHTD. Lý do sinh viên không thường xuyên sử dụng BPTT trong những lần QHTD chủ yếu là do bao cao su làm giảm cảm giác (42,86%), tiếp theo là do không chuẩn bị trước (30,36%) và chỉ có 7,14% sinh viên không biết cách sử dụng⁸; nghiên cứu của tác giả Võ Thị Kiều Mi ở khối Khoa học sức khỏe của trường Đại học Duy Tân năm 2020, tỷ lệ sinh viên đã QHTD là 19,1% và chỉ có 19,8% thỉnh thoảng không sử dụng BPTT khi QHTD⁹.

15,7% đối tượng nghiên cứu là sinh viên nữ lựa chọn nạo phá thai khi mang thai ngoài ý muốn (Bảng 15), 21,7% đối tượng nghiên cứu lựa chọn đưa bạn gái đi nạo phá thai khi mang thai ngoài ý muốn (Bảng 16). Nghiên cứu tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, trong 128 đối tượng nghiên cứu đã QHTD thì có 18 sinh viên đã từng có thai và chỉ có 1 trường hợp tiếp tục mang thai và kết hôn còn 17 trường hợp còn lại lựa chọn nạo phá thai⁷. Chính vì quan hệ tình dục sớm nên việc tìm hiểu các trang mạng với nội dung khiêu dâm sẽ cao hơn, dẫn đến các

hành vi có thai ngoài ý muốn và hậu quả có thể là nạo phá thai. Do đó việc nâng cao kiến thức về SKSS, tình dục an toàn là yếu tố quan trọng thúc đẩy các hành vi phù hợp, giảm thiểu hậu quả nạo phá thai.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023

Ngành Dược học có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản cao gấp 2,118 lần so với ngành Y khoa và cao gấp 2,355 lần so với ngành Điều dưỡng (Bảng 17). Còn theo nghiên cứu tại Đại học Duy Tân năm 2020 thì những sinh viên học khoa Y có kiến thức tốt về SKSS cao hơn 1,78 lần so với sinh viên khoa Điều dưỡng ($p < 0,05$)⁸. Theo nghiên cứu tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam năm 2020 thì ngành YHCT có kiến thức tốt về chăm sóc SKSS cao gấp 1,59 lần so với ngành Y đa khoa ($p < 0,05$)⁷. Sinh viên các trường Y dược thì đều được truyền tải lượng kiến thức về chăm sóc SKSS chuyên về lâm sàng, bệnh học nhiều hơn so với các sinh viên trường khác, ngoài ra còn được thực tập tại bệnh viện, được tiếp xúc thực tế nhiều, tuy nhiên còn phải phụ thuộc vào sự chú ý lắng nghe, tiếp thu kiến thức của cá nhân sinh viên tích lũy được bao nhiêu.

Sinh viên ở trọ có kiến thức tốt cao gấp 2,084 lần so với sinh viên ở cùng với gia đình, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu tại Đại học Duy Tân năm 2020 những sinh viên ở trọ sẽ có kiến thức tốt hơn (38,6%) sinh viên sống chung với gia đình/bố mẹ/ sống nhờ họ hàng (36%) ($p < 0,05$)⁸. Đối với những sinh viên ở trọ, thường xuyên phải tự sắp xếp sinh hoạt cuộc sống, luôn phải tự thích nghi với cuộc sống xa gia đình, điều đó đòi hỏi phải luôn duy trì khả năng học tập kỹ năng mềm, trong đó có các kỹ năng bảo vệ sức khỏe, tích lũy được một lượng kiến thức về chăm sóc SKSS. Khác với sinh viên ở trọ thì những

sinh viên ở cùng gia đình, người thân được sự chăm sóc từ gia đình nhiều hơn, các vấn đề cuộc sống tự lập sẽ không gặp phải quá nhiều, do đó chưa có được nhiều kỹ năng bảo vệ bản thân, bảo vệ sức khỏe.

Đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc SKSS có thái độ tốt cao gấp 2,551 lần và có hành vi tốt cao gấp 1,629 lần so với sinh viên có kiến thức chưa tốt. Kiến thức về chăm sóc SKSS là yếu tố ảnh hưởng lớn tới thái độ và hành vi chăm sóc SKSS. Chú ý lắng nghe, tiếp thu kiến thức, tích lũy kinh nghiệm cho bản thân giúp cho sinh viên có một thái độ và hành vi tốt hơn về chăm sóc SKSS, từ đó có thể chủ động bảo vệ bản thân và phòng tránh các nguy cơ xảy ra liên quan đến SKSS

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 400 sinh viên năm thứ 4 tại Đại học Y khoa Vinh cho thấy 69% sinh viên có kiến thức tốt về chăm sóc sức khỏe sinh sản, với sinh viên nam (69,2%) có kiến thức cao hơn sinh viên nữ (68,9%). Tuy nhiên, chỉ 59,3% có thái độ tốt và 57,2% có hành vi chưa tốt. Dù thuộc khối ngành y tế, sinh viên vẫn còn hạn chế trong tiếp nhận và thực hành kiến thức sức khỏe sinh sản. Do đó, cần tăng cường các chương trình giáo dục, tư vấn để cải thiện nhận thức và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản trong nhóm sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. 2017.
2. **Hoàng Thị Bắc.** Kiến thức, thái độ về các biện pháp tránh thai của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. **McCormack D, Koons K.** Sexually Transmitted Infections. Emerg Med Clin North Am. Nov 2019;37(4):725-738. doi:10.1016/j.emc.2019.07.009

4. **Nguyen SH, Dang AK, Vu GT, et al.** Lack of Knowledge about Sexually Transmitted Diseases (STDs): Implications for STDs Prevention and Care among Dermatology Patients in an Urban City in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 26 2019;16(6)
5. **Đỗ Lan Phương.** Kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của sinh viên Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam. 2020;
6. **Nguyễn Thị Bạch Tuyết, Nguyễn Thị Mai Thi.** Kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của sinh viên năm nhất tại các trường Đại học, Cao đẳng trên địa bàn tỉnh Bình Dương 2016.
7. **Võ Thị Kiều Mi, Đậu Thị Thúy Hằng, Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Hoàng Thị Loan Thanh.** Kiến thức, thái độ và hành vi về sức khỏe sinh sản của sinh viên nữ khối Khoa học sức khỏe, Trường Đại học Duy Tân. 2020.
8. **Nguyễn Thị Như Quý, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thị Ly.** Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của sinh viên năm thứ nhất khối ngành sức khỏe trường Đại học Đại Nam. 2022:131–139.

KHẢO SÁT TRẢI NGHIỆM VỀ MÔI TRƯỜNG HỌC TẬP LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ

Võ Thanh Tôn¹, Phạm Thị Thúy Vũ¹, Hoàng Thị Hải¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Môi trường học tập lâm sàng có ảnh hưởng đến cả kết quả học tập và cũng như sự phát triển nghề nghiệp sau này của sinh viên điều dưỡng. Tuy nhiên hiện tại có rất ít nghiên cứu về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên điều dưỡng. **Mục tiêu:** (1) Mô tả mức độ trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng đối với môi trường học tập lâm sàng. (2) Xác định mối liên quan giữa mức độ trải nghiệm của sinh viên và các yếu tố trong môi trường học tập lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 321 sinh viên điều dưỡng tại Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế từ 07/2023 đến 05/2024. **Kết quả:** Sinh viên nữ chiếm đa số với 92,2%, sinh viên nông thôn

nhiều hơn thành thị chiếm 72,9%. Dân tộc thiểu số chiếm 7,5%, sinh viên không thuộc tôn giáo nào chiếm 86,6%. Trải nghiệm của SVĐD đối với MTHTLS tổng điểm của 5 thành tố là $70,80 \pm 7,85$ được đánh giá ở mức tốt. **Kết luận:** Sinh viên đánh giá môi trường học tập lâm sàng ở mức tốt, việc học của bản thân ở mức tích cực.

Từ khóa: Môi trường học tập lâm sàng, sinh viên điều dưỡng, bộ câu hỏi V-CLEI

SUMMARY

SURVEY ON EXPERIENCES ABOUT CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT OF NURSING STUDENTS AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Background: The clinical learning environment has an impact on both the academic performance and the future career development of nursing students. However, there is currently little research on the clinical learning environment of nursing students. **Objectives:** (1) To describe the level of nursing students' experience with the clinical learning environment (2) To determine the relationship between student experience levels and

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thanh Tôn

SĐT: 0987974941

Email: vtton@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

factors in the clinical learning environment.

Materials and method: Cross-sectional study was carried out on 321 nursing students at Hue University of Medicine and Pharmacy from 07/2023 to 05/2024. **Results:** Female students make up the majority with 92.2%, rural students are more than urban students, accounting for 72.9%. minority ethnic group accounts for 7.5%, students with no religion account for 86.6%. The total score of 5 components about the experience of students with clinical learning environment is 70.80 ± 7.85 , which is considered good. **Conclusion:** Students rated clinical learning environment as good and their own learning as positive.

Keywords: Clinical learning environment, nursing students, V-CLEI Questionnaire

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực hành lâm sàng là phần không thể thiếu trong chương trình đào tạo thuộc khối ngành sức khỏe, trong đó có điều dưỡng [1]. Do đó, môi trường học tập lâm sàng có ảnh hưởng đến cả kết quả học tập và cũng như sự phát triển nghề nghiệp sau này của sinh viên điều dưỡng. Cơ sở lâm sàng là một nền tảng đích thực để hỗ trợ sinh viên điều dưỡng trong việc học tập theo kinh nghiệm bằng cách cho phép sinh viên áp dụng các lý thuyết từ các bài giảng trên lớp học vào thực hành điều dưỡng thực tế. Một môi trường học tập tích cực sẽ cung cấp cho sinh viên điều dưỡng cơ hội để thực hành kỹ năng và áp dụng kiến thức tốt hơn. Nó cũng cho phép họ tích cực tham gia và tương tác với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong thực tế để giúp cho sinh viên chuẩn bị cho quá trình hành nghề chuyên môn trong tương lai.

Để đảm bảo các sinh viên điều dưỡng nhận được một nền giáo dục lâm sàng có chất lượng cao thì việc lựa chọn áp dụng mô hình giáo dục lâm sàng nghiêm ngặt, phù hợp là rất cần thiết. Trong nghiên cứu này, chúng tôi bước đầu mô tả trải nghiệm của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng và

sự giám sát của các giảng viên lâm sàng nhằm tạo tiền đề cho việc tìm kiếm mô hình giáo dục lâm sàng điều dưỡng phù hợp, góp phần nâng cao chất lượng đào tạo ngành điều dưỡng. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khảo sát trải nghiệm về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên Điều dưỡng Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế” với mục tiêu sau: (1) Mô tả mức độ trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng đối với môi trường học tập lâm sàng. (2) Xác định mối liên quan giữa mức độ trải nghiệm của sinh viên và các yếu tố trong môi trường học tập lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 321 sinh viên điều dưỡng chính quy năm thứ 3 và năm thứ 4 tại Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế từ tháng 07/2023 đến tháng 05/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện được lựa chọn, các sinh viên có những tiêu chí phù hợp với tiêu chuẩn chọn được mời tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên điều dưỡng hệ chính quy trường Đại học Y Dược, Đại học Huế. Sinh viên đồng ý tự nguyện tham gia trả lời phỏng vấn. Sinh viên đã học thực hành lâm sàng ít nhất 2 tuần [2].

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu. Sinh viên chưa tham gia thực tập lâm sàng hoặc thực tập lâm sàng dưới 2 tuần.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

2.4.1. Công cụ nghiên cứu

gồm 2 phần:
- Phần 1: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm: yếu tố nhân khẩu học và các yếu tố học tập

- Phần 2: Thang đo môi trường học tập lâm sàng (V-CLEI)

Để sử dụng bộ câu hỏi V-CLEI, chúng tôi đã liên hệ với tác giả và nhận được sự chấp thuận.

2.4.2. Quá trình thu thập số liệu

Gặp gỡ trực tiếp các sinh viên để phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi được phát cho tất cả sinh viên tham gia nghiên cứu sau khi hoàn thành khóa học tập lâm sàng theo các bước:

- Giới thiệu về thông tin nghiên cứu vào thời gian sau giờ học tại lớp.

- Phát cho mỗi sinh viên tham gia nghiên cứu tờ giấy về thông tin đồng ý tham gia nghiên cứu kèm theo bộ câu hỏi phỏng vấn.

- Sinh viên được yêu cầu đọc thông tin về nghiên cứu, ký giấy chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Sinh viên được giải thích và hướng dẫn cách trả lời bộ câu hỏi và hoàn thành sau buổi học.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft SPSS 20.0 phân tích xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

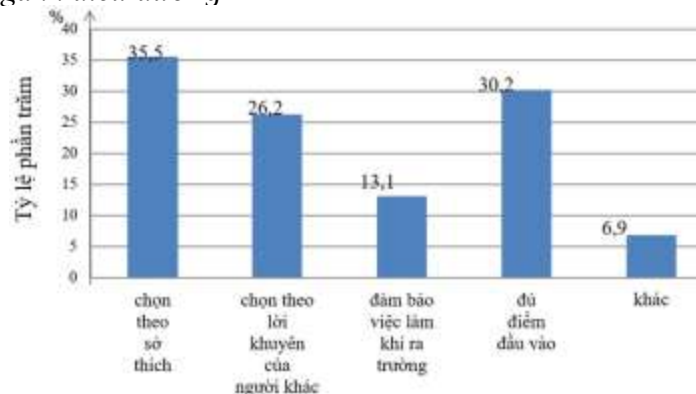
3.1.1. Đặc điểm về nhân khẩu học

Nghiên cứu được tiến hành trên 321 sinh viên, với độ tuổi trung bình là $21,07 \pm 0,68$ tuổi. Trong đó, sinh viên nữ chiếm tỷ lệ áp đảo với 92,2%. Phần lớn sinh viên đến từ khu vực nông thôn (72,9%), trong khi sinh viên từ thành thị chỉ chiếm 27,1%. Đa số sinh viên là người Kinh (92,5%), và 7,2% còn lại thuộc các dân tộc thiểu số. Sinh viên không theo tôn giáo chiếm tỷ lệ cao (86,6%).

Về năm học, sinh viên năm thứ ba chiếm ưu thế với 52,3%, so với sinh viên năm thứ tư (47,7%). Xét về học lực học kỳ vừa qua, đa số sinh viên có học lực khá, chiếm 67,6%, tiếp theo là học lực trung bình và giỏi (15,3%), xuất sắc chỉ chiếm 1,9%. Về rèn luyện, phần lớn sinh viên đạt xếp loại "tốt" (67,9%), với số sinh viên có rèn luyện trung bình rất ít (0,6%).

3.1.2. Các yếu tố học tập

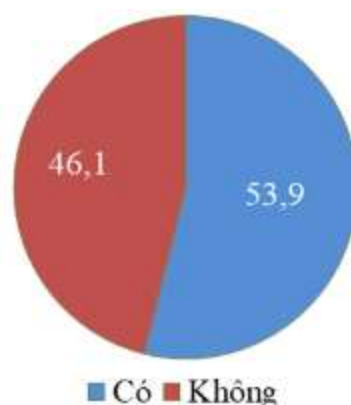
a. Lý do chọn ngành điều dưỡng



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ lý do sinh viên chọn ngành điều dưỡng

Mỗi sinh viên có thể chọn nhiều lý do chọn ngành điều dưỡng, với lý do nhiều nhất là chọn theo sở thích chiếm 35,5%, tiếp theo là phù hợp với điểm thi đầu vào chiếm 30,2%, với lý do khác có số sinh viên chọn thấp nhất chiếm 6,9%.

b. Liên hệ với giảng viên lâm sàng qua internet



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ sinh viên liên hệ với giảng viên lâm sàng qua internet

Trong 321 đối tượng nghiên cứu, thì số sinh viên có liên hệ với giảng viên lâm sàng qua internet chiếm 53,9% và số sinh viên không liên hệ với giảng viên lâm sàng qua internet chiếm 46,1%.

c. Các yếu tố học tập khác

Bảng 3.5. Các yếu tố học tập khác

Yếu tố học tập		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khoa thực tập lâm sàng gần đây	Nội	62	19,3
	Ngoại	111	34,6
	Sản	3	0,9
	Nhi	75	23,4
	Da liễu	16	5,0
	Răng Hàm Mặt	24	7,5
	Lao	18	5,6
	Hồi sức tích cực	6	1,9
	Y học cổ truyền	6	1,9
Thời gian thực tập lâm sàng tại khoa	2 tuần	148	46,1
	4 tuần	173	53,9
Yếu tố học tập		Trung bình	Độ lệch chuẩn
Mức độ hài lòng với chuyên ngành điều dưỡng		3,22	0,70
Mức độ căng thẳng khi thực tập tại bệnh viện		2,08	0,62

Sinh viên được thực tập ở khoa Ngoại chiếm tỷ lệ cao nhất 34,6% (n=111), tiếp đến là khoa Nhi 23,4% (n=75), khoa Sản có số sinh viên chọn dưới 1%. Thời gian sinh viên thực tập tại các khoa trong 4 tuần chiếm 53,9% nhiều hơn với số sinh viên thực tập trong 2 tuần 46,1%. Mức độ hài lòng với chuyên ngành điều dưỡng là $3,22 \pm 0,70$. Mức độ căng thẳng về thực hành lâm sàng tại bệnh viện ở mức $2,08 \pm 0,62$.

3.2. Trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng đối với môi trường học tập lâm sàng

3.2.1. Trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng về việc học của sinh viên

Bảng 3.6. Trải nghiệm của SVĐD về việc học của sinh viên

Mục 1: Việc học của sinh viên	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sinh viên đã cố gắng nỗ lực thực hiện những nhiệm vụ được giao tại khoa	3,05	0,56
Sinh viên chú ý lắng nghe và tiếp thu các ý kiến góp ý/hướng dẫn của nhân viên khoa	3,01	0,58
Khi đi thực tập tại khoa này, sinh viên được giao nhiệm vụ rõ ràng nên sinh viên biết rõ những việc mình cần phải làm	2,85	0,61
Tổng mục 1	8,90	1,41

Sinh viên đánh giá việc học của mình qua 3 nội dung có giá trị trung bình từ 2,85 – 3,05. Điểm tổng của các nội dung này khá cao ở mức tích cực đạt điểm tổng trung bình $8,9 \pm 1,41$.

3.2.2. Trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng về sự hài lòng với lâm sàng

Bảng 3.7. Trải nghiệm của SVĐD về sự hài lòng với lâm sàng

Mục 2: Trải nghiệm của sinh viên về sự hài lòng với lâm sàng	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sinh viên thấy vui và hài lòng khi được thực tập ở khoa này	2,87	0,59
Phương pháp giảng dạy lâm sàng tại khoa này rất đa dạng và sáng tạo	2,90	0,52
Sinh viên thấy thực tập lâm sàng tại khoa này rất thú vị.	2,66	0,65
Công tác tổ chức thực tập tại khoa này là hợp lý.	2,83	0,62
Sinh viên mong đợi được đến thực tập tại khoa lâm sàng này.	2,80	0,53
Sinh viên cảm thấy hài lòng sau mỗi buổi thực tập/ca trực.	2,78	0,51
Sinh viên hài lòng với cách làm việc của khoa.	2,95	0,54
Tổng mục 2	19,78	2,34

Sự hài lòng của sinh viên với trải nghiệm MTHTLS qua 7 nội dung có điểm trung bình từ 2,66 – 2,95. Điểm tổng của các nội dung này đạt mức tốt với $19,78 \pm 2,34$.

3.2.3. Trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng về tương tác giảng dạy – học tập

Bảng 3.8. Trải nghiệm của SVĐD về tương tác giảng dạy – học tập

Mục 3: Trải nghiệm của sinh viên về tương tác giảng dạy – học tập	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Giảng viên lâm sàng quan tâm đến những vấn đề khó khăn ảnh hưởng đến việc học của sinh viên	2,87	0,66
Giảng viên lâm sàng thường đến khoa hoặc bệnh phòng để hướng dẫn/hỗ trợ sinh viên	2,86	0,62
Sinh viên được tạo điều kiện để học hỏi những vấn đề lâm sàng mà sinh viên quan tâm	2,64	0,69
Tất cả nhân viên ở khoa này không yêu cầu thực hiện công việc một cách rập khuôn	2,62	0,61
Giảng viên lâm sàng thân thiện và quan tâm đến sinh viên.	3,01	0,59
Giảng viên thường xuyên áp dụng các phương pháp giảng dạy mới và có tính sáng tạo trong giảng dạy/hướng dẫn lâm sàng.	2,7	0,63
Tổng mục 3	16,70	2,52

Sự tương tác giữa giảng dạy và học tập được sinh viên đánh giá qua 6 nội dung có điểm trung bình từ 2,62 – 3,01. Tổng điểm của các nội dung là $16,7 \pm 2,52$ ở mức tốt.

3.2.4. Trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng về sinh viên là trung tâm của quá trình dạy – học

Bảng 3.9. Trải nghiệm của SVDD về sinh viên là trung tâm của quá trình dạy – học

Mục 4: Sinh viên là trung tâm của quá trình dạy – học	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sinh viên được phép thương lượng với giảng viên lâm sàng và điều dưỡng của khoa về khối lượng công việc sinh viên phải làm tại khoa	2,86	0,52
Sinh viên có quyền đề xuất các hoạt động học tập trong các buổi thực tập/ca trực	2,83	0,53
Phương pháp giảng dạy cho phép các sinh viên với mức độ tiếp thu	2,75	0,62
Giảng viên lâm sàng thường đưa ra những hoạt động dạy/học cuốn hút sinh viên	2,77	0,54
Trong quá trình thực tập tại khoa, sinh viên có cơ hội để bày tỏ ý kiến/quan điểm của mình	2,82	0,59
Tổng mục 4	14,02	1,95

Các đối tượng đánh giá trải nghiệm sinh viên là trung tâm của quá trình dạy – học qua 5 nội dung có điểm trung bình từ 2,75 – 2,86. Tổng điểm của các nội dung được đánh giá $14,02 \pm 1,95$ ở mức tốt.

3.2.5. Trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng về hỗ trợ sinh viên học lâm sàng

Bảng 3.10. Trải nghiệm của SVDD về hỗ trợ sinh viên học lâm sàng

Mục 5: Hỗ trợ sinh viên học lâm sàng	Trung bình	Độ lệch chuẩn
giảng viên lâm sàng quan tâm đến những cảm nhận của sinh viên	2,85	0,52
Giảng viên lâm sàng nhiệt tình giúp đỡ sinh viên trong quá trình thực tập	2,83	0,53
Giảng viên lâm sàng thường trao đổi và góp ý về việc học với từng sinh viên	2,74	0,65
Giảng viên lâm sàng đã sử dụng những hoạt động dạy/học có tính đổi mới và sáng tạo	2,87	0,54
Tổng mục 5	11,29	1,56

Hỗ trợ sinh viên học lâm sàng được đánh giá qua 4 nội dung có điểm trung bình từ 2,74 – 2,87. Tổng điểm của các nội dung $11,29 \pm 1,56$ ở mức tốt.

3.2.6. Trải nghiệm chung của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng

Bảng 3.11. Trải nghiệm chung của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng

Trải nghiệm của SVDD với MTHTLS	Điểm giao động	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Mục 1	3 – 12	8,90	1,41
Mục 2	7 – 28	19,78	2,34
Mục 3	6 – 24	16,70	2,52
Mục 4	5 – 20	14,02	1,95
Mục 5	4 – 16	11,29	1,56
Tổng điểm thang đo V-CLEI	25 – 100	70,80	7,85

Trải nghiệm của SVDD đối với MTHTLS điểm của 5 thành tố có điểm tổng là $70,80 \pm 7,85$ được đánh giá ở mức tốt.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng

3.3.1. Các yếu tố nhân khẩu học với trải nghiệm của SVĐD đối với MHTLS

Bảng 3.12. Các yếu tố nhân khẩu học với trải nghiệm của sinh viên về MHTLS

Yếu tố	Hệ số t/r/F					
	Mục 1	Mục 2	Mục 3	Mục 4	Mục 5	Tổng CLEI
Tuổi ^c	-0,23**	-0,13*	-0,22**	-0,15**	-0,24**	-0,22**
Giới tính ^a	-1,745	-0,04	-0,89	-1,03	-1,04	-1,30
Nơi sinh ^a	0,52	-1,26	-1,09	-0,85	-0,60	-1,10
Dân tộc ^a	0,93	1,12	0,96	1,35	2,69*	1,63
Tôn giáo ^a	-2,10*	0,65	-0,97	-1,09	-0,67	-0,81
Sinh viên khối lớp ^a	6,62**	5,9**	7,17**	6,37**	5,84**	7,96**
Xếp loại học tập ^b	0,40	1,18	1,02	0,22	0,04	0,53
Xếp loại rèn luyện ^b	0,19	0,53	1,09	0,20	0,47	0,56

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^a Kiểm định Independent Sample T-test,

^b Kiểm định One-way ANOVA, ^c Phân tích tương quan Pearson

Sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi với trải nghiệm của sinh viên về MHTLS. Không có mối liên quan giữa giới tính và nơi sinh sống của sinh viên với các trải nghiệm của SVĐD. Đối với yếu tố dân tộc và yếu tố tôn giáo có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với một thành tố trong các trải nghiệm của sinh viên trong MHTLS ($p < 0,05$). Nghiên cứu giữa các sinh viên khối lớp với trải nghiệm của sinh viên có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Không có mối liên quan giữa mức xếp loại học lực và xếp loại điểm rèn luyện với các trải nghiệm về MHTLS.

3.3.2. Các yếu tố học tập với trải nghiệm của SVĐD đối với MHTLS

Bảng 3.10. Các yếu tố học tập với trải nghiệm của SVĐD đối với MHTLS

Yếu tố		Hệ số t/r/F					
		Mục 1	Mục 2	Mục 3	Mục 4	Mục 5	Tổng CLEI
Khoa thực tập ^b		4,53**	4,49**	5,95**	4,36**	4,56**	5,85**
Thời gian thực tập ^a		6,27**	6,17**	7,51**	5,22**	4,84**	7,61**
Liên hệ qua internet ^a		-0,69	-0,37	-0,57	-2,41*	-2,19*	-1,22
Lý do chọn ngành điều dưỡng	Sở thích ^a	-1,69	-3,47**	-3,05**	-3,29**	-2,93**	-3,58**
	Lời khuyên từ người khác ^a	1,21	0,88	1,66*	0,14	0,78	1,33
	Việc làm sau ra trường ^a	-0,10	0,40	0,65	0,86	-1,64	0,29
	Phù hợp điểm thi đầu vào ^a	2,02*	1,62	0,05	2,74**	2,55*	2,19*
Khác ^a		-0,47	0,48	1,97	-0,50	0,77	-0,07
Mức độ hài lòng với chuyên ngành điều dưỡng ^c		0,16**	0,21**	0,23**	0,18**	0,14*	0,23**
Mức độ căng thẳng khi thực hành lâm sàng tại bệnh viện ^c		-0,02	-0,14*	-0,05	-0,15**	-0,01	-0,1

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^a Kiểm định Independent Sample T-test,

^b Kiểm định One-way ANOVA, ^c Phân tích tương quan Pearson

Xét các yếu tố học tập với các trải nghiệm của sinh viên về MHTLS, các yếu tố khoa thực tập gần đây và thời gian thực tập tại khoa có sự liên quan có ý nghĩa thống

kê ($p < 0,01$). Liên hệ với giảng viên lâm sàng qua internet có liên quan có ý nghĩa thống kê với hai nội dung bao gồm: sinh viên là trung tâm của quá trình dạy – học và hỗ

trợ sinh viên học lâm sàng. Trong các lý do chọn ngành điều dưỡng, lý do chọn theo sở thích và phù hợp điểm thi đầu vào có tương quan nhiều nhất với các trải nghiệm của sinh viên. Có mối tương quan cùng chiều giữa mức độ hài lòng với chuyên ngành điều dưỡng, tương quan ngược chiều giữa mức độ căng thẳng khi thực tập tại bệnh viện và trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng với MHTLS.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Trải nghiệm chung của sinh viên về MHTLS

Theo kết quả từ bảng 3.8, sinh viên điều dưỡng tại Đại học Y Dược, Đại học Huế đánh giá MHTLS ở mức tốt với điểm trung bình 70,80/100. Khía cạnh được đánh giá cao nhất là việc học của bản thân sinh viên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ming Wei Jeffrey Woo ở Singapore, cho thấy sinh viên có đánh giá chưa hoàn toàn tích cực về MHTLS. Nghiên cứu của Giang Nhân Trí Nghĩa cũng đưa ra kết quả tương tự, chỉ một số lĩnh vực được đánh giá tích cực. Tuy nhiên, nghiên cứu của Perli Serena tại Ý cho thấy sinh viên điều dưỡng Ý có nhận thức tích cực hơn về MHTLS. Sự khác biệt có thể xuất phát từ thời gian, địa điểm nghiên cứu hoặc chương trình học tập khác nhau.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm của sinh viên điều dưỡng về MHTLS

4.2.1. Yếu tố nhân khẩu học

Kết quả từ bảng 3.9 cho thấy có mối tương quan ngược chiều ($p < 0,05$) giữa tuổi và trải nghiệm về MHTLS, với hệ số tương quan từ -0,13 đến -0,24. Sinh viên nhỏ tuổi hơn có xu hướng đánh giá MHTLS tốt hơn, trong khi sinh viên lớn tuổi có trải nghiệm kém hơn, cần chú ý để cải thiện. Tuy nhiên, không có mối tương quan giữa giới tính, nơi sinh sống và trải nghiệm MHTLS ($p >$

0,05), tương tự như kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Hà.

Về yếu tố dân tộc và tôn giáo, sinh viên dân tộc Kinh đánh giá trải nghiệm MHTLS thấp hơn so với các sinh viên dân tộc thiểu số, và sinh viên không theo tôn giáo đánh giá thấp hơn so với sinh viên có tôn giáo. Ngoài ra, sinh viên năm thứ 3 có trải nghiệm MHTLS tốt hơn so với sinh viên năm thứ 4 ($p < 0,01$). Nguyên nhân có thể do áp lực lớn hơn ở sinh viên năm cuối.

4.2.2. Yếu tố học tập

Có sự tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) giữa các khoa thực tập và mức độ đánh giá MHTLS. Sinh viên thực tập 2 tuần có trải nghiệm tích cực hơn so với sinh viên thực tập 4 tuần. Sinh viên liên hệ với giảng viên qua internet có đánh giá tốt hơn về MHTLS so với sinh viên không liên hệ. Sự khác biệt này có thể do phong cách học tập khác nhau. Lý do chọn ngành cũng ảnh hưởng đáng kể đến trải nghiệm MHTLS, sinh viên chọn ngành theo sở thích có trải nghiệm tốt hơn ($p < 0,01$), trong khi sinh viên chọn ngành theo gợi ý của người khác có đánh giá tích cực về sự tương tác giảng dạy - học tập ($p < 0,05$). Mức độ hài lòng với chuyên ngành cũng có mối tương quan cùng chiều với trải nghiệm MHTLS ($p < 0,01$). Mức độ căng thẳng khi thực tập lâm sàng cũng ảnh hưởng đến trải nghiệm này, cần đánh giá kỹ mức độ căng thẳng để cải thiện phương pháp giảng dạy.

V. KẾT LUẬN

Sinh viên đánh giá MHTLS ở mức tốt với điểm trung bình $70,80 \pm 7,84$.

Các yếu tố tuổi, dân tộc, tôn giáo, và khối lớp có ảnh hưởng đến trải nghiệm MHTLS.

Yếu tố giới tính, xếp loại học tập và rèn luyện không có ảnh hưởng rõ rệt.

VI. KIẾN NGHỊ

Giảng viên cần tạo môi trường học tập thoải mái, hỗ trợ sinh viên giảm căng thẳng.

Tăng cường tương tác giữa giảng viên và sinh viên thông qua các phương tiện truyền thông để nâng cao hiệu quả học tập lâm sàng.

Khoa điều dưỡng nên thực hiện các cuộc khảo sát để hiểu rõ hơn về động lực học tập và thái độ đối với ngành của sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Hà và Lâm Thị Thu Tâm** (2023), "khảo sát nhận thức của học viên sau đại học ngành điều dưỡng trường đại học y khoa phạm ngọc thạch về môi trường học tập lâm sàng", Tạp chí Y học Việt Nam. 524(2).
2. **Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự** (2020), "Nhận thức của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Dược Huế về các yếu tố ảnh hưởng đến môi trường học tập lâm sàng", Tạp chí y - dược học quân sự - số đặc biệt kỷ niệm 70 năm ngày truyền thống bệnh viện quân y 103.
3. **Woo, M.W.J. and Li, W.** (2020), "Nursing students' views and satisfaction of their clinical learning environment in Singapore", Nursing Open. 7(6), pp. 1909-1919.
4. **Giang Nhân Trí, Kiều Nghĩa, Giang Thị Mỹ và Vũ Long** (2019), "Nhận thức của sinh viên điều dưỡng về môi trường học tập lâm sàng", Tạp chí y học thành phố Hồ chí minh. 23(5), tr. 113 - 119.
5. **Serena, P. and Anna, B.** (2009), "Italian nursing students' perception of their clinical learning environment as measured with the CLEI tool", Nurse Education Today. 29(8), pp. 886-890.
6. **Benti Terefe, A. and Gemedet Gudeta, T.** (2022), "Factors Associated with Nursing Student Satisfaction with Their Clinical Learning Environment at Wolkite University in Southwest Ethiopia", Nursing Research and Practice. 2022.
7. **Hồ Thị Lan Vi, Dương Thị Ngọc Bích và Phạm Thị Thảo** (2020), "Khảo sát sự hài lòng về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên Điều dưỡng Trường Đại học Duy Tân", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Duy Tân. 04(4), tr. 128-136.

KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Thị Tâm¹, Trần Văn Tuấn¹, Nguyễn Phương Sinh¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng ớng cổ tay tuy không gây tử vong nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, nhất là tay thuận của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị hội chứng ớng cổ tay bằng các phương pháp vật lý trị

liệu tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả can thiệp so sánh trước và sau điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc gặp ở nhóm tuổi 50-54 chiếm 32%, nữ chiếm tỷ lệ 76%. Trước điều trị, tình trạng đau vừa chiếm 70%, Sau điều trị 1 tháng tỷ lệ không đau và đau nhẹ chiếm đến 90%. Tầm vận động khớp cổ tay gia tăng hơn sau điều trị. **Kết luận:** chương trình vật lý trị liệu bao gồm nhiều phương thức trị liệu cụ thể là siêu âm, parafin, điện xung tập vận động đem lại hiệu quả cho người bệnh bị hội chứng ớng cổ tay ở mức độ nhẹ, trung bình

Từ khóa: Hội chứng ớng cổ tay, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, tầm vận động, đau

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Tâm

SĐT: 0334994999

Email: bstamphcn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

SUMMARY**EFFICACY OF REHABILITATION IN THE TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL**

Background: Although carpal tunnel syndrome is not fatal, it greatly affects the quality of life, especially the patient's dominant hand. **Objectives:** Efficacy of rehabilitation in the treatment of carpal tunnel syndrome at Thai Nguyen National Hospital. **Methods:** Interventional descriptive study comparing before and after treatment. **Results:** The prevalence is common in the 50-54 age group, accounting for 32%. Female accounts for 76%. Before treatment, the rate of moderate pain is 70%, After 1 month of treatment, the rate of no pain and mild pain increases 90%. The range of motion of the wrist joint is increased after treatment. **Conclusion:** The physical therapy program includes many therapeutic modalities, namely ultrasound, paraffin, and exercise, which are effective for patients with mild to moderate carpal tunnel syndrome.

Keywords: Carpal tunnel syndrome, rehabilitation, physiotherapy, range of motion, pain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay là bệnh lý của dây thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay, đây là hội chứng hay gặp nhất trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại vi. Ở Hoa Kỳ tỷ lệ hiện mắc hàng năm của hội chứng ống cổ tay khoảng 1 - 5% dân số và có xu hướng tăng dần, từ 258/100.000 người trong những năm 1981 - 1985 tăng lên tới 424/100.000 người vào những năm 2000 - 2005. Phần lớn hội chứng ống cổ tay là nguyên phát hay còn gọi là hội chứng ống cổ tay vô căn (Idiopathic Carpal Tunnel Syndrome).

Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh giữa là gây ra đau, tê, giảm hoặc mất cảm giác vùng da bàn tay thuộc chi phối của dây thần kinh này, nặng hơn nữa có thể dẫn đến teo cơ, làm giảm chức năng vận động của bàn tay. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể khỏi hoàn toàn, ngược lại nếu để muộn sẽ làm giảm khả năng phục hồi của dây thần kinh, để lại tổn thương và di chứng kéo dài ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt và công việc, gây thiệt hại đáng kể cho bản thân và gia đình người bệnh cũng như cho xã hội. Cũng theo thống kê ở Hoa Kỳ năm 1998, thiệt hại về kinh tế bao gồm chi phí cho điều trị và thời gian phải nghỉ việc trung bình của mỗi bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay ước tính vào khoảng 30.000 đô la Mỹ.

Điều trị hội chứng ống cổ tay bao gồm hai phương pháp chính: điều trị nội khoa, phục hồi chức năng hoặc phẫu thuật giải phóng chèn ép dây thần kinh giữa. Khoa Phục hồi chức năng bệnh viện trung ương Thái Nguyên hiện nay tiếp nhận một số lượng lớn bệnh nhân đến điều trị tại khoa về căn bệnh này, song các nghiên cứu có tính hệ thống về bệnh lý này vẫn còn hạn chế, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: ***“Đánh giá kết quả điều trị hội chứng ống cổ tay bằng các phương pháp vật lý trị liệu tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay điều trị tại khoa Phục hồi chức năng-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn**

+ Bệnh nhân trên 18 tuổi

+ Được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay dựa vào: Tê bì, dị cảm như kiến bò, cảm giác đau như kim châm hoặc đau rát bỏng theo chi phối của dây thần kinh giữa ở bàn tay. Tê và đau có thể lan lên cẳng tay, cánh tay. Khô da hoặc thay đổi màu sắc da bàn tay. Nghiệm pháp lâm sàng dương tính (Phalen, Tinel và ấn vùng cổ tay). Giảm hoặc mất cảm giác vùng da thuộc chi phối của dây thần kinh giữa. Giảm vận động, teo cơ ô mô cái. Giảm hoặc mất dẫn truyền thần kinh giữa đoạn qua ống cổ tay trên điện sinh lý thần kinh cơ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ điều trị. Các bệnh lý thần kinh khác gây ra triệu chứng lâm sàng giống hội chứng ống cổ tay hoặc đi kèm với hội chứng ống cổ tay như bệnh rễ thần kinh cổ, tổn thương tủy cổ, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng cơ sấp tròn, viêm nhiều dây thần kinh...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 1/2023 đến 10/2023
- Địa điểm: khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu; nghiên cứu mô tả can thiệp so sánh trước và sau điều trị.
- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sẽ được đưa vào nghiên cứu.
- Cỡ mẫu: chọn chủ đích 50 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay vào khoa Phục hồi chức năng điều trị.
- Biến số nghiên cứu
 - + Tuổi, giới, nghề nghiệp, vị trí tổn thương
 - + Tiền sử bệnh hội chứng ống cổ tay
 - + Đặc điểm bên tổn thương: Teo cơ mô cái, Dấu hiệu Tinel, Mức độ tê, mất cảm giác, mức độ khó khăn sinh hoạt, kết quả điện cơ

+ Mức độ đau của bệnh nhân

+ Đánh giá mức độ bệnh

- Các thang điểm đánh giá

+ Đánh giá mức độ bệnh theo thang điểm Boston: Sự phân độ theo điểm trung bình Boston triệu chứng và chức năng được tính như sau: Mức độ bình thường: 1 điểm, mức độ nhẹ: $1 < \text{mức độ nhẹ} \leq 2$ điểm, trung bình: $2 < \text{mức độ trung bình} \leq 3$ điểm, $3 < \text{mức độ nặng} \leq 4$ điểm, $4 < \text{mức độ rất nặng} \leq 5$ điểm.

+ Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân: mức độ đau được đánh giá theo thang nhìn VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra- Zeneca. Đánh giá chia làm các mức độ Không đau, đau nhẹ, đau vừa, đau nặng.

. Không đau (4 điểm): với $0 \leq a < 10$.

. Đau nhẹ (3 điểm): với $10 \leq a < 40$.

. Đau vừa (2 điểm): với $40 \leq a < 80$

. Đau nặng (1 điểm): với $80 \leq a \leq 100$

- Các bước tiến hành: bệnh nhân nghiên cứu được vào điều trị tại khoa phục hồi chức năng và được điều trị bằng các phương pháp:

+ Đắp parafin 20 phút/1 lần, ngày 1 lần tại khớp cổ tay bên đau

+ Điều trị bằng máy điện xung trị liệu cực dương đặt tại nơi đau, cực âm đặt đối diện, trong 10 phút.

+ Điều trị bằng siêu âm liều 1-1,5W/cm², đầu phát sóng 1MHz trong 10 phút

+ Tập vận động cổ tay, bàn ngón tay

Bệnh nhân được đánh giá lần 1 tại thời điểm lúc vào viện và lần 2 sau 1 tháng điều trị.

2.4. Xử lý số liệu: theo chương trình SPSS 16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu tiến hành được sự đồng ý của hội đồng y đức bệnh viện, các thông tin của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu để nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

Nhóm tuổi	n	%
20-30	3	6
31-40	12	24
41-50	28	56
51-60	7	14
>60	2	4
Tổng cộng	50	100

50 bệnh nhân mắc bệnh lý hội chứng ống cổ tay thì tỉ lệ mắc hay gặp ở nhóm tuổi 41-50 chiếm 56%.

Bảng 2. Đặc điểm về giới, nghề nghiệp

	n	%
Giới		
Nữ	38	76,0
Nam	12	24,0
Nghề nghiệp		
Sử dụng cổ tay nhiều	39	78,0
Sử dụng cổ tay ít	11	22,0

Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, có 38 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 76% cao hơn so với số bệnh nhân nam là 12 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 24%. Nhóm bệnh sử dụng cổ tay nhiều là 78%.

Bảng 3. Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	n	%
Tay phải	28	56,0
Tay trái	11	22,0
Hai tay	11	22,0
Tổng cộng	50	100

Tỷ lệ mắc hội chứng ống cổ tay hay gặp ở tay phải là 56%; tay trái là 22% và cả 2 tay là 22%.

Bảng 4. Teo cơ mô cái

Teo cơ mô cái	n	%
Có	22	44,0
Không	28	56,0
Tổng cộng	50	100

Phần lớn bệnh nhân đến điều trị chưa có biểu hiện teo cơ ô mô cái chiếm 56% và 44% có teo cơ.

Bảng 5. Dấu hiệu Tinel

Dấu hiệu Tinel	n	%
Có	32	64,0
Không	18	36,0
Tổng cộng	50	100

Dấu hiệu Tinel dương tính chiếm 64% và 36% là không dương tính.

Bảng 6. Mức độ tê, mất cảm giác

Mức độ	n	%
Nhẹ	15	30,0
Vừa	29	58,0
Nặng	6	12,0
Tổng cộng	50	100

58% bệnh nhân có mức độ tê và mất cảm giác mức độ vừa, còn mức độ nhẹ là 30%, mức độ nặng chỉ 12%.

Bảng 7. Mức độ khó khăn sinh hoạt

Mức độ	n	%
Nhẹ	13	26,0
Vừa	31	62,0
Nặng	6	12,0
Tổng cộng	50	100

Mức độ gặp khó khăn trong sinh hoạt cầm nắm, viết...đa số ở mức độ vừa (62%), số mức độ nặng là 12%, còn mức độ nhẹ chỉ 26%.

Bảng 8. Kết quả điện cơ

Mức độ	n	%
Nhẹ	16	32,0
Vừa	33	66,0
Nặng	1	2,0
Tổng cộng	50	100

Kết quả điện cơ mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (66%), kế đến là mức độ nhẹ (32%) và mức độ nặng (2%).

Bảng 9. Cải thiện về mức độ đau

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Không đau	1	2,0	25	50,0	< 0,05
Đau nhẹ	9	18,0	20	40,0	
Đau vừa	35	70,0	4	8,0	
Đau nặng	5	10,0	1	2,0	
Tổng	50	100	50	100	

Mức độ đau sau điều trị giảm rất rõ rệt sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ không đau 50%, đau nhẹ 40% và đau vừa và nặng 10%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 10. Tầm vận động khớp cổ tay trước và sau 1 tháng điều trị

Động tác	Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	%	n	%	
Gập	Tốt	1	2,0	26	52,0	< 0,05
	Khá	2	4,0	20	40,0	
	Trung bình	23	46,0	4	8,0	
	Kém	24	48,0	0	0	
	Tổng	50	100	50	100	
Duỗi	Tốt	0	0	27	54,0	< 0,05
	Khá	3	6,0	19	38,0	
	Trung bình	25	50,0	3	6,0	
	Kém	22	44,0	1	2,0	
	Tổng	50	100	50	100	
Nghiêng trái	Tốt	2	4,0	23	46,0	< 0,05
	Khá	4	8,0	21	42,0	
	Trung bình	25	50,0	5	10,0	
	Kém	19	38,0	1	2,0	
	Tổng	50	100	50	100	
Nghiêng phải	Tốt	1	2,0	29	58,0	< 0,05
	Khá	5	10,0	17	34,0	
	Trung bình	27	54,0	4	8,0	
	Kém	17	34,0	0	0,0	
	Tổng	50	100	50	100	

Sau điều trị các tầm vận động của khớp cổ tay so với trước điều trị có sự cải thiện rõ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 11. Cải thiện về thang điểm Boston

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Bình thường	0	0,0	10	20,0	< 0,05
Nhẹ	6	12,0	32	64,0	
Trung bình	36	72,0	5	10,0	
Nặng	7	14,0	2	4,0	
Rất nặng	1	2,0	1	2,0	
Tổng	50	100	50	100	

Trước điều trị 72% bệnh nhân ở mức độ bệnh trung bình. 12% mức độ nhẹ. Sau điều trị 64% bệnh nhân ở mức độ nhẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Giới: trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, có 38 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 76% cao hơn so với số bệnh nhân nam là 12 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 24%. Kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Hầu hết các nghiên cứu khác cũng đều cho rằng hội chứng ống cổ tay gặp ở nữ nhiều hơn ở nam. Kết quả nghiên cứu của Phan Hồng Minh năm 2011 cho thấy tỷ số Nữ/Nam là 9,8/1[1]. Tác giả Siddiqi khi nghiên cứu trên 600 bệnh nhân hội chứng ống cổ tay đưa ra tỷ lệ nam/nữ là 1/5,7 [2]. Hiện nay các bằng chứng trong y văn chưa khẳng định được vì sao tỷ lệ gặp hội chứng ống cổ tay ở nữ cao hơn nam. Tuy nhiên, căn nguyên có thể giải thích một phần do ở bệnh nhân nữ có sự khác biệt về hormone giới tính estrogen, tình trạng thai nghén là nguy cơ tăng áp lực trong ống cổ tay do giữ nước.

- Tuổi: 50 bệnh nhân mắc bệnh lý hội chứng ống cổ tay thì tỉ lệ mắc hay gặp ở nhóm tuổi 41-50 chiếm 56%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của nhiều tác giả khác. Lai WC (2018) Bệnh ảnh hưởng từ 1 - 3% dân số mỗi năm và chủ yếu gặp ở người 40-50 tuổi [3].

- Nghề nghiệp: tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là ở nhóm sử dụng cổ tay nhiều chiếm 78%. Các tác giả đều nhất trí rằng nghề nghiệp là một yếu tố nguy cơ đối với hội chứng ống cổ tay, nhất là những công việc phải cầm giữ các máy có độ rung mạnh, phải gấp và ngửa cổ tay thường xuyên và kéo dài. Ở những tư thế này áp lực trong ống cổ tay sẽ tăng lên tác động tới dây thần kinh giữa, nếu kéo dài có thể làm cho dây thần kinh bị tổn thương dẫn đến những rối loạn về cấu trúc và chức năng của các sợi thần kinh vì biểu hiện bên ngoài là hội chứng ống cổ tay.

- Vị trí tổn thương: tỷ lệ mắc hội chứng ống cổ tay hay gặp ở tay phải là 56%; tay trái là 22% và cả 2 tay là 22%. Bệnh nhân thuận tay phải chiếm tỉ lệ lớn trong 50 bệnh nhân. Những người bị hội chứng ống cổ tay là

những người thường xuyên lao động sử dụng bên tay thuận. Vì vậy mà tỉ lệ mắc bên tay phải thường cao hơn bên trái. 22% bệnh nhân bị cả hai tay, trong nghiên cứu của chúng tôi đó là những đối tượng lao động nặng như làm nông dân, công nhân bốc vác, hoặc nhân viên văn phòng sử dụng máy tính nhiều.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân: theo kết quả bảng 4,5,6 thì phần lớn bệnh nhân đến điều trị chưa có biểu hiện teo cơ ô mô cái chiếm 56% và 44% có teo cơ. Dấu hiệu Tinel dương tính chiếm 64% và 36% là không dương tính. 58% bệnh nhân có mức độ tê và mất cảm giác mức độ vừa, còn mức độ nhẹ là 30%, mức độ nặng chỉ 12%. 100% bệnh nhân khởi đầu có cảm giác tê đau vào ban đêm, sau đó tê đau cả vào ban ngày. Số lần tê đau ngày càng nhiều và sau đó tê đau cả ngày lẫn đêm, vận động cầm nắm ngày một khó khăn hơn. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Công trình của Anne (2019) nghiên cứu về biểu hiện lâm sàng trong hội chứng ống cổ tay ở 1039 bệnh nhân cho thấy có tới 92,5 có rối loạn cảm giác và thường tăng về đêm [4].

- Mức độ khó khăn trong sinh hoạt của bàn tay bị bệnh: mức độ gặp khó khăn trong sinh hoạt cầm nắm, viết...đa số ở mức độ vừa (62%), số mức độ nặng là 12%, còn mức độ nhẹ chỉ 26%. Mức độ diễn biến khó khăn trong sinh hoạt của bàn tay theo thời gian mắc bệnh, bệnh tê đau càng lâu thì việc cầm nắm đồ vật càng dễ bị rớt, bàn tay mất cảm giác dần.

- Điện cơ: trong 50 bệnh nhân đều được đo điện cơ trước mổ, 100% kết quả điện cơ bệnh nhân có mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (64%), kế đến là mức độ nhẹ (32%) và mức độ nặng (4%). Số bệnh nhân có kết quả điện cơ nặng và vừa thường có thời gian mắc bệnh lâu, có thể có teo cơ mô cái và hạn chế vận động cầm nắm của bàn tay.

4.2. Cải thiện về triệu chứng lâm sàng

Cải thiện về mức độ đau sau điều trị: Trước điều trị, phần lớn bệnh nhân đến điều

trị với tình trạng đau vừa chiếm 70%, có 1 bệnh nhân không đau, đây là bệnh nhân mặc dù không đau nhưng những triệu chứng khác như teo cơ, tê bì nhiều, thời gian mắc bệnh kéo dài nên bệnh nhân vẫn tham gia điều trị phục hồi chức năng. Sau điều trị 1 tháng bằng các phương pháp vật lý trị liệu thì các bệnh nhân có sự cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ không đau và đau nhẹ chiếm đến 90%.

- Kết quả nghiên cứu cho thấy có một bệnh nhân không có sự cải thiện sau 1 tháng điều trị. Đó là bệnh nhân lúc vào ở mức độ nặng. Chỉ định điều trị phẫu thuật là phù hợp. Tuy nhiên trên bệnh nhân này do điều kiện kinh tế nên bệnh nhân xin điều trị bảo tồn bằng phương pháp vật lý. Tuy nhiên kết quả điều trị cho thấy có sự cải thiện rất ít. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả khác cũng khuyến cáo nên sử dụng phương pháp phẫu thuật mổ mở hoặc nội soi. Việc chẩn đoán sớm bệnh ngay ở giai đoạn 1 và điều trị kịp thời sẽ ảnh hưởng tốt đến kết quả điều trị cũng như thời gian hồi phục của thần kinh giữa [5].

Cải thiện tầm vận động khớp cổ tay: Sau điều trị 1 tháng bệnh nhân có sự cải thiện các tầm vận động của khớp cổ tay rõ. Hội chứng ống cổ tay gây ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng cầm nắm và khả năng vận động của bàn tay. Điều trị bằng các phương pháp vật lý siêu âm có tác dụng vì xoa bóp nội tế bào đồng thời có tác dụng nhiệt và chống viêm. Bên cạnh đó các bài tập phục hồi chức năng bàn tay cũng tác động nhiều làm gia tăng khả năng vận động của bàn tay.

Cải thiện về thang điểm Boston: Thang điểm Boston có ưu điểm là dễ áp dụng, độ tin cậy cao và phù hợp với các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân hội chứng ống cổ tay [6]. Trước điều trị 72% bệnh nhân ở mức độ bệnh trung bình. 12% mức độ nhẹ. Sau điều trị 64% bệnh nhân ở mức độ nhẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân ở mức độ lúc vào viện là rất nặng. Sau điều trị bằng các phương pháp PHCN thì kết quả thay đổi rất ít. Như vậy cũng cho thấy rằng, với các trường

hợp rất nặng thì nên khuyên bệnh nhân có hướng can thiệp điều trị khác như phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Có sự cải thiện về mức độ đau, tầm vận động của bàn tay, thang điểm Boston sau can thiệp 1 tháng bằng các phương pháp vật lý trị liệu phục hồi chức năng trên những bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay. Điều này cho thấy chương trình vật lý trị liệu bao gồm nhiều phương thức trị liệu cụ thể là siêu âm, parafin, tập vận động đem lại hiệu quả cho người bệnh bị hội chứng ống cổ tay ở mức độ nhẹ, trung bình. Và chương trình vật lý trị liệu có thể là một lựa chọn điều trị mới và an toàn cho việc điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Hồng Minh.** Đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý của hội chứng ống cổ tay. Tạp chí Y học Lâm sàng (Bệnh viện Bạch Mai) Số chuyên đề nghiên cứu khoa học lâm sàng lần thứ 28: 127 – 131. 64-69. (2011)
2. **Siddiqi O.K, Ruberg F.L.** Cardiac amyloidosis: An update on pathophysiology, diagnosis, and treatment. Trends Cardiovasc. Med. 2018;28:10–21. doi: 10.1016/j.tcm.2017.07.004. - DOI - PMC – PubMed
3. **Lai WC.** Chronic lateral epicondylitis: challenges and solutions. OAJSM. S160974, Volume 9:243-251 (2018)
4. **Anne R Wright 1, Robert E Atkinso** (2019). Carpal Tunnel Syndrome: An Update for the Primary Care Physician, Hawaii J Health Soc Welf 2019 Nov;78(11 Suppl 2):6-10.
5. **Đỗ Phước Hùng.** Phẫu thuật thần kinh. Hội chứng ống cổ tay. Nhà xuất bản y học. 40, 561-578 (2013)
6. **Kitaoka H., Izumi C., Izumiya Y., Inomata T., Ueda M., Kubo T., Koyama J., Sano M., Sekijima Y., Tahara N., et al.** JCS 2020 guideline on diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis. Circ. J. 2020;84:1610–1671. doi: 10.1253/circj.CJ-20-0110

HIỆU QUẢ HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH VỚI CHỨNG HÁO SUYỄN TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Nguyễn Quốc An Vinh¹, Đoàn Văn Minh²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng thông khí và chất lượng cuộc sống của phương pháp dưỡng sinh kết hợp với dùng thuốc Y học hiện đại (YHHĐ) theo phác đồ Bộ Y tế, so với phương pháp dùng thuốc YHHĐ theo phác đồ Bộ Y tế đơn thuần trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) giai đoạn ổn định theo YHHĐ và thể phế tý khí hư của chứng hạo suyễn theo Y học cổ truyền (YHCT). **Đối tượng và phương pháp:** gồm 62 bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định thể phế tý khí hư của chứng hạo suyễn theo YHCT, được chia thành 2 nhóm nghiên cứu bằng phương pháp ghép cặp: nhóm I (n=31): bệnh nhân được điều trị bằng tập 5 động tác dưỡng sinh kết hợp với dùng thuốc YHHĐ; nhóm II (n=31): điều trị bằng thuốc YHHĐ theo phác đồ Bộ Y tế đơn thuần. So sánh sự khác nhau về chức năng thông khí và chất lượng cuộc sống sau 30 ngày điều trị. **Kết quả:** Sau 30 ngày điều trị; ở nhóm I, chức năng thông khí và chất lượng cuộc sống cải thiện hơn so với nhóm II. **Kết luận:** Điều trị bằng phương pháp dưỡng sinh kết hợp với dùng thuốc YHHĐ theo phác đồ Bộ Y tế có tác dụng cải thiện chức năng thông khí và chất lượng cuộc sống tốt hơn dùng thuốc YHHĐ theo phác đồ Bộ Y tế đơn thuần.

Từ khóa: Dưỡng sinh, chức năng thông khí, chất lượng cuộc sống, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF QIGONG THERAPY COMBINED WITH WESTERN MEDICINE IN “HAO CHUAN ZHENG” AT TRADITIONAL MEDICINE MINISTRY OF PUBLIC SECURITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of Qigong therapy combined with Western medicine according to the Ministry of Health’s protocol compared to Western medicine alone in improving respiratory function and quality of life in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and “Fei Pi Qi Qu” in “Hao Chuan Zheng” according to Traditional Medicine. **Methods:** Sixty-two patients with stable COPD and “Fei Pi Qi Qu” in “Hao Chuan Zheng” according to Traditional Medicine were divided into 2 groups using a paired design: Group I (n=31): patients were treated with 5 Qigong exercises combined with Western medicine according to the Ministry of Health’s protocol; Group II (n=31): treated with Western medicine according to the Ministry of Health’s protocol alone. The differences in respiratory function and quality of life were compared after 30 days of treatment. **Results:** After 30 days of treatment, respiratory function and quality of life improved more in group I compared to group II. **Conclusion:** Treatment with Qigong combined with Western medicine according to the Ministry of Health’s protocol is more effective in improving respiratory function and quality of life than Western medicine alone.

Keywords: Qigong, respiratory function, quality of life, chronic obstructive pulmonary disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD)

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền, Bộ Công An

²Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc An Vinh
SĐT: 0344313772

Email: nguyenvuocanvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

hiện là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu, đặc biệt nghiêm trọng ở các nước thu nhập thấp và trung bình.¹ Báo cáo năm 2020 cho thấy khoảng 300 triệu người trên thế giới mắc COPD, và 64 triệu người sống với khuyết tật do bệnh.²

Khó thở là triệu chứng chính của COPD, có thể từ nhẹ đến nặng và cơn khó thở cấp có thể gây tử vong, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, gây ra hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.³ Các phương pháp Y học cổ truyền (YHCT) hiện được sử dụng để điều trị COPD bao gồm châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, luyện tập dưỡng sinh, dùng thuốc và cấy chỉ. Trong đó, luyện tập dưỡng sinh mang lại lợi ích về cả điều trị lẫn kinh tế xã hội bằng cách duy trì sức khỏe, nâng cao thể lực và tăng cường khả năng thích ứng của cơ thể.⁴

Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng, nguyên Bộ trưởng Bộ Y tế, đã phát triển các phương pháp tập luyện cổ truyền và khởi đầu phương pháp dưỡng sinh. Phương pháp của ông không chỉ tập trung vào luyện tập để lưu thông khí huyết mà còn bao gồm chế độ ăn uống và sinh hoạt hợp lý, kết hợp hài hòa y học cổ truyền với y học hiện đại. Phương pháp này đã được Bộ Y tế phê duyệt để giảng dạy tại các trường đại học và trung học y tế, và hiện đang được nhiều chuyên gia nghiên cứu và phát triển thêm. Đặc biệt, phương pháp dưỡng sinh của ông đã được áp dụng rộng rãi trong hỗ trợ điều trị các bệnh lý hô hấp.⁴ Tuy nhiên, vẫn thiếu nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong điều trị COPD, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị bằng phương pháp dưỡng sinh với chứng hạo suyễn tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an” với hai mục tiêu cụ thể: (1) Khảo sát một số đặc điểm chung của bệnh nhân mắc chứng hạo suyễn thể phế tỳ khí hư tại Bệnh viện y học cổ truyền Bộ

Công an. (2) Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị bằng phương pháp dưỡng sinh với chứng hạo suyễn trên nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân COPD thể phế tỳ khí hư theo phân loại của YHCT được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Y học cổ truyền BCA từ tháng 08/2023 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHHĐ: Bệnh nhân trên 40 tuổi không phân biệt giới tính, có triệu chứng khó thở, ho mạn tính, khạc đờm mạn tính. Đo chức năng hô hấp: có tắc nghẽn không hồi phục với kết quả sau test hồi phục phế quản: $FEV1/VC < 70\%$ hoặc $FEV1/FVC < 70\%$, $FEV1$ sau test hồi phục phế quản tăng $< 12\%$ và < 200 ml.

Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHCT: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán chứng hạo suyễn thuộc thể Phế Tỳ khí hư, có một số triệu chứng về Mạch và Lưỡi: chất lưỡi trắng, rêu trắng dính, mạch trầm hoãn nhược.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý nhiễm trùng hoặc đợt cấp COPD, phù phổi cấp, hen tim, các bệnh lý phổi khác..., ung bướu vùng hầu họng; hoặc có bệnh tim mạch không ổn định hoặc đe dọa tử vong, đái tháo đường không kiểm soát, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú, bệnh nhân không thực hiện được đo hô hấp ký, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhân được chia bằng phương pháp ghép cặp thành 2 nhóm nghiên cứu:

Nhóm I, gồm 31 bệnh nhân điều trị bằng dùng thuốc theo phác đồ Bộ Y tế kết hợp với động tác dưỡng theo Nguyễn Văn Hưởng.⁵

Nhóm II, gồm 31 bệnh nhân điều trị bằng dùng thuốc theo phác đồ Bộ Y tế đơn thuần.⁵

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành thực hiện 5 động tác dưỡng sinh “Xem xa xem gần”, “Đề tay sau gáy”, “Co tay rút ra phía sau”, “Bắt chéo hai tay sau lưng”, “Đề tay giữa

lưng nghiêng mình”.⁴ Mỗi động tác 3 lần, 2 lượt mỗi ngày sáng chiều, giữa mỗi động tác nghỉ giải lao 1 phút và kết hợp dùng thuốc theo phác đồ, liên tục trong 30 ngày.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm:

Đặc điểm lâm sàng

Phân nhóm ABCD bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính theo Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2022.

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm CAT (COPD Assessment Test).

Đánh giá mức độ khó thở theo mMRC (modified Medical Research Council) bộ câu hỏi sửa đổi của Hội đồng nghiên cứu Y khoa Anh quốc.

Đánh giá một số chỉ số của chức năng thông khí FVC, FEV₁, FEV₁/FVC.

Đánh giá một số triệu chứng y học cổ truyền.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

Chỉ số chức năng thông khí, sự cải thiện chất lượng cuộc sống và mức độ khó thở được phân tích bằng phương pháp phân tích khi bình phương; sử dụng phần mềm phân tích SPSS 27.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được

xác định với giá trị $p < 0,05$. Tất cả số liệu được biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SD$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế số H2023/359 ngày 02 tháng 06 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

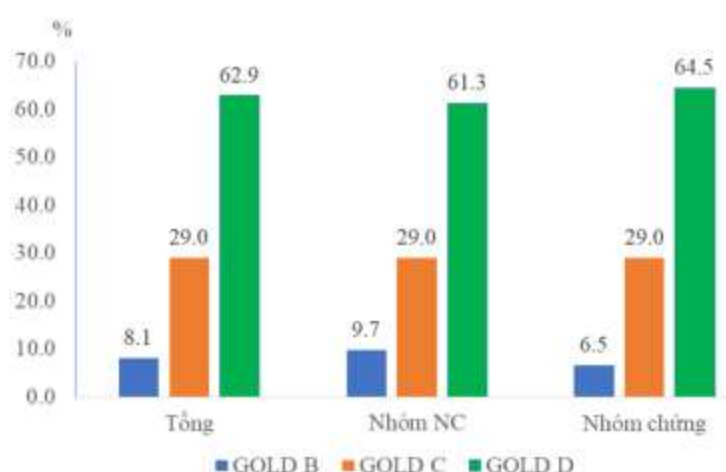
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân thể phế tý khí hư ở người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Tuổi trung bình ở cả hai nhóm nghiên cứu trên 66 tuổi, trong đó độ tuổi của nhóm nghiên cứu dao động từ 42 – 84 tuổi và của nhóm chứng là 44 – 86 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về giới tính: tỷ lệ bệnh nhân nam cao gần gấp 3 lần bệnh nhân nữ ở cả 2 nhóm.

Yếu tố nguy cơ: bệnh nhân hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao (62,9%), có tiếp xúc khói bếp chiếm tỷ lệ 17,7% và tiếp xúc bụi nghề nghiệp chiếm tỷ lệ 25,8%.

3.2. Giai đoạn bệnh theo GOLD trước điều trị ở hai nhóm nghiên cứu



Hình 1: Phân loại giai đoạn bệnh theo GOLD trước điều trị ở hai nhóm nghiên cứu

Sự phân bố giai đoạn bệnh theo phân loại GOLD giữa nhóm can thiệp (NC) và nhóm chứng không có sự khác biệt đáng kể. Các tỷ lệ phần trăm của bệnh nhân trong các giai đoạn GOLD B, C, và D là tương đương ở cả hai nhóm.

3.3. Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống theo thang điểm CAT

Bảng 1: So sánh chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu

Điểm CAT	n	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm NC	31	16,65 $\pm$ 6,03	14,19 $\pm$ 5,79	<0,001 ^a
Nhóm chứng	31	15,84 $\pm$ 6,55	16,13 $\pm$ 6,58	0,060

Ở nhóm nghiên cứu, điểm số CAT trung bình trước điều trị là 16,65 $\pm$ 6,03, sau khi điều trị điểm số CAT giảm xuống còn 14,19 $\pm$ 5,79. Sự giảm điểm này được chứng minh là có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001.

Ngược lại, nhóm chứng bắt đầu với điểm số CAT trung bình là 15,84 $\pm$ 6,55. Sau thời gian theo dõi, điểm số CAT của nhóm này tăng nhẹ lên 16,13 $\pm$ 6,58. Sự thay đổi này không đạt mức ý nghĩa thống kê với giá trị p = 0,060.

3.4. Sự thay đổi về mức độ khó thở

Bảng 2: So sánh mức độ khó thở của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu

Điểm mMRC	n	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm NC	31	1,84 $\pm$ 0,58	1,58 $\pm$ 0,77	0,005 ^a
Nhóm chứng	31	1,71 $\pm$ 0,59	1,65 $\pm$ 0,68	1,000 ^a

Trong nhóm nghiên cứu, điểm số mMRC trước điều trị là 1,84 $\pm$ 0,58, sau điều trị điểm số này giảm xuống còn 1,58 $\pm$ 0,77. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Nhóm chứng bắt đầu với điểm số mMRC là 1,71 $\pm$ 0,59 và điểm số này chỉ giảm nhẹ xuống 1,65 $\pm$ 0,68 sau thời gian theo dõi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 1,000.

3.5. Sự thay đổi về các chỉ số của chức năng thông khí

Bảng 3: So sánh chức năng thông khí hô hấp ở hai nhóm nghiên cứu

Chỉ số		n	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	p
FVC (lít)	Nhóm NC	31	2,79 $\pm$ 0,99	2,80 $\pm$ 0,99	0,001 ^a
	Nhóm chứng	31	2,67 $\pm$ 0,67	2,66 $\pm$ 0,66	0,020 ^a
FEV ₁ (lít)	Nhóm NC	31	1,58 $\pm$ 0,57	1,59 $\pm$ 0,60	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	31	1,62 $\pm$ 0,52	1,61 $\pm$ 0,52	<0,001 ^a
FEV ₁ (%)	Nhóm NC	31	57,55 $\pm$ 27,82	58,53 $\pm$ 28,29	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	31	65,88 $\pm$ 17,36	65,46 $\pm$ 17,42	<0,001 ^a
FEV ₁ /FVC	Nhóm NC	31	54,76 $\pm$ 14,32	57,90 $\pm$ 10,87	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	31	59,79 $\pm$ 8,96	59,43 $\pm$ 8,85	0,004 ^a

Nhóm NC: Điểm số FVC trước điều trị là 2,79 $\pm$ 0,99 lít và sau điều trị là 2,80 $\pm$ 0,99 lít. Điểm số FEV₁ trước điều trị là 1,58 $\pm$ 0,57 lít và sau điều trị là 1,59 $\pm$ 0,60 lít. Điểm số FEV₁ (%) trước điều trị là 57,55 $\pm$ 27,82% và sau điều trị là 58,53 $\pm$ 28,29%. Tỷ lệ FEV₁/FVC trước điều trị là 54,76 $\pm$ 14,32% và sau điều trị là 57,90 $\pm$ 10,87%. Sự cải thiện các chỉ số này đạt mức ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001.

Nhóm chứng: Điểm số FVC trước điều trị là 2,67 $\pm$ 0,67 lít và sau điều trị là 2,66 $\pm$ 0,66 lít. Điểm số FEV₁ trước điều trị là 1,62 $\pm$ 0,52 lít và sau điều trị là 1,61 $\pm$ 0,52 lít. Điểm số FEV₁ (%) trước điều trị là 65,88 $\pm$ 17,36% và sau điều trị là 65,46 $\pm$ 17,42%. Tỷ lệ FEV₁/FVC trước điều trị là 59,79 $\pm$ 8,96% và sau điều trị là 59,43 $\pm$ 8,85%. Các chỉ số này cho thấy không có sự cải thiện sau can thiệp.

3.6. Sự biến đổi triệu chứng về mạch và lưỡi theo Y học cổ truyền trước và sau điều trị

Bảng 4: Triệu chứng mạch và lưỡi theo Y học cổ truyền trước và sau điều trị

Triệu chứng Mạch, Lưỡi		Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	%	n	%	
Chất lưỡi nhạt	Nhóm NC	24	77,4	7	22,6	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	15	48,4	15	48,4	1,000 ^a
Rêu lưỡi trắng mỏng	Nhóm NC	12	38,7	24	77,4	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	18	58,1	17	54,8	1,000 ^a
Mạch trầm nhược	Nhóm NC	21	67,7	8	25,8	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	15	48,4	16	51,6	1,000 ^a
Mạch hòa hoãn	Nhóm NC	10	32,3	23	74,2	<0,001 ^a
	Nhóm chứng	16	51,6	15	48,4	1,000 ^a

Ở nhóm nghiên cứu một số triệu chứng về Mạch và Lưỡi theo YHCT thay đổi so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở nhóm chứng, các triệu chứng YHCT về Mạch và Lưỡi không có sự thay so với trước điều trị ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân thể phế tỳ khí hư ở người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong cả hai nhóm nghiên cứu đều trên 66 tuổi, với khoảng từ 42 đến 84 tuổi ở nhóm nghiên cứu và từ 44 đến 86 tuổi ở nhóm chứng. Sự khác biệt về tuổi tác giữa hai nhóm không đạt mức ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy tuổi cao là yếu tố phổ biến ở bệnh nhân COPD, tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của GOLD, tuổi tác là yếu tố nguy cơ chính của COPD, với tỷ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi.

Về giới tính, tỷ lệ bệnh nhân nam cao gần gấp ba lần so với nữ ở cả hai nhóm, phản ánh xu hướng chung đã được nhiều nghiên cứu xác nhận, trong đó tỷ lệ mắc COPD ở nam giới thường cao hơn. Một nghiên cứu của Buist và cộng sự (2007) cho thấy nam giới mắc COPD nhiều hơn, chủ yếu do tiếp xúc nhiều với thuốc lá.⁶

Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá cao (62,9%), tiếp xúc khói bếp (17,7%) và bụi nghề nghiệp (25,8%). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Mannino và cộng sự (2007).⁷ Các kết quả này cung cấp thông tin quan trọng cho chẩn đoán, điều trị và quản lý COPD, đồng thời hỗ trợ xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả nhằm giảm tỷ lệ mắc và tiến triển của bệnh.

4.2. Sự thay đổi các chỉ số nghiên cứu trước và sau điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy phân bố giai đoạn bệnh COPD ở hai nhóm nghiên cứu khá đồng đều, với tỷ lệ cao nhất thuộc về giai đoạn GOLD D (62,9%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, chẳng hạn như nghiên cứu của GOLD năm 2020, cho thấy giai đoạn GOLD D thường chiếm tỷ lệ lớn do bệnh COPD thường tiến triển nặng theo thời gian.

Kết quả đánh giá điểm CAT của nhóm nghiên cứu cho thấy giảm từ $16,65 \pm 6,03$ xuống còn $14,19 \pm 5,79$ sau điều trị, với sự khác biệt đạt mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sự giảm điểm này cho thấy sự cải thiện rõ rệt trong chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD sau khi áp dụng phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương. Điều này tương tự với nghiên cứu của Jones và cộng sự (2009), cho thấy can thiệp điều trị có thể cải

thiện điểm CAT đáng kể, đặc biệt khi các phương pháp điều trị tập trung vào giảm triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống.⁸

Ngược lại, nhóm chứng không có sự thay đổi đáng kể về điểm CAT; điểm trước điều trị là $15,84 \pm 6,55$ và sau điều trị là $16,13 \pm 6,58$ ($p = 0,06$), cho thấy không có sự cải thiện rõ rệt trong chất lượng cuộc sống trong nhóm này, phản ánh sự thiếu hiệu quả của phương pháp điều trị hoặc không có tác động đáng kể.

Bảng 2 cho thấy điểm mMRC của nhóm nghiên cứu giảm từ 1,84 xuống còn 1,58 ($p < 0,05$), chứng minh rằng các bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng có hiệu quả trong việc giảm mức độ khó thở. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Jones và cộng sự, cho thấy các phương pháp điều trị có thể cải thiện triệu chứng khó thở, giảm tần suất và mức độ nghiêm trọng của cơn khó thở.⁸

Bảng 3 chỉ ra sự cải thiện rõ rệt trong tất cả các chỉ số chức năng phổi ở nhóm nghiên cứu sau điều trị, với giá trị $p < 0,001$ cho mọi chỉ số. Mặc dù sự gia tăng không lớn về mặt số lượng, nhưng có ý nghĩa thống kê, cho thấy hiệu quả tích cực của phương pháp điều trị. Cải thiện tỷ lệ FEV1/FVC đặc biệt quan trọng vì phản ánh mức độ tắc nghẽn đường thở, cho thấy sự cải thiện trong thông khí phổi. Kết quả này mang lại thay đổi tích cực trong sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Bảng 4 trình bày kết quả một số triệu chứng về Mạch và Lưỡi theo YHCT, với các triệu chứng ở nhóm nghiên cứu thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại, nhóm chứng không có sự thay đổi về triệu chứng YHCT ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp cho thấy phương pháp điều trị bằng YHCT có thể cải thiện triệu chứng lưỡi và mạch ở bệnh nhân COPD và các rối loạn hô hấp khác, nhấn mạnh tác động tích cực của liệu pháp can thiệp trong việc cải thiện triệu chứng lâm sàng theo YHCT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp dưỡng sinh tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an cho thấy kết quả nhóm bệnh nhân điều trị hỗ trợ bằng phương pháp dưỡng sinh có sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng khó thở, chất lượng sống và các chỉ số chức năng phổi như FVC, FEV1. Kết quả chứng minh hiệu quả của phương pháp dưỡng sinh trong hỗ trợ điều trị chứng háo suyễn, đồng thời khẳng định vai trò của YHCT trong cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Những phát hiện này khuyến khích áp dụng phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong thực tiễn lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Halpin DMG, Celli BR, Criner GJ, et al. The GOLD Summit on chronic obstructive pulmonary disease in low- and middle-income countries. *Int J Tuberc Lung Dis*. Nov 1 2019;23(11):1131-1141. doi:10.5588/ijtld.19.0397
2. Ruvuna L, Sood A. Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clin Chest Med*. Sep 2020;41(3):315-327. doi:10.1016/j.ccm.2020.05.002
3. Singh D, Agusti A, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. *Eur Respir J*. May 2019;53(5) doi:10.1183/13993003.00164-2019
4. Huỳnh Tấn Vũ. Yoga Khí công. Nhà xuất bản Y học. 2022:8-10,141-147.
5. Bộ Y tế. Quyết định số 2767/QĐ-BYT ngày 4 tháng 7 năm 2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”. 2023.
6. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*. Sep 1 2007;370(9589):741-50. doi:10.1016/s0140-6736(07)61377-4

7. **Mannino DM, Buist AS.** Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*. Sep 1 2007;370(9589):765-73. doi:10.1016/s0140-6736(07)61380-4
8. **Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N.** Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*. Sep 2009;34(3):648-54. doi:10.1183/09031936.00102509

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU VÀ CẢI THIỆN HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG CỦA PHƯƠNG PHÁP NHĨ ÁP KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM Ở NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

Nguyễn Huyền My¹, Nguyễn Thị Thanh Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá tác dụng hỗ trợ giảm đau và cải thiện hoạt động chức năng của phương pháp nhĩ áp kết hợp điện châm ở người bệnh sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước sau và có đối chứng. 60 bệnh nhân sau phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ từ ngày thứ 3 - 5, được chia thành hai nhóm. Nhóm nghiên cứu được dùng nhĩ áp, điện châm kết hợp Etoricoxib 90mg/ngày; nhóm chứng được dùng điện châm kết hợp Etoricoxib 90mg/ngày. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 15 ngày điều trị cả hai nhóm cải thiện mức độ đau thông qua thang điểm VAS và cải thiện hoạt động chức năng của cột sống cổ thông qua thang điểm NPQ ($p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Điện châm, Nhĩ áp, Thoát vị đĩa đệm, Cột sống cổ.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF PAIN RELIEF AND IMPROVING THE SPINE'S FUNCTIONAL ACTIVITY OF AURICULAR ACUPRESSURE COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE IN PATIENTS AFTER CERVICAL HERNIATED DISC SURGERY

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of pain relief and improving the spine's functional activity of auricular acupressure combined with electro-acupuncture in patients after cervical herniated disc surgery.

Method: An interventional, pre-post comparative, and controlled study. 60 patients after cervical herniated disc surgery, from the 3rd to the 5th day post-operation, were divided into two groups. The study group received auriculotherapy and electroacupuncture combined with Etoricoxib 90 mg/day, while the control group received electroacupuncture combined with Etoricoxib 90 mg/day. **Results:** The study findings indicate that after 15 days of treatment, both groups showed improvement in pain levels as measured by the Visual Analog Scale and in functional activity of the cervical spine as measured by the Northwick Park Neck Pain Questionnaire ($p < 0.05$). The study group showed better improvement compared to the control group ($p < 0.05$).

Keywords: Electroacupuncture, Auricular acupressure, Disc herniation, Cervical spine.

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú
SĐT: 0902031192

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐ CSC) là bệnh lý phổ biến gây ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Tại Việt Nam, TVĐĐ CSC gặp tới 40 % trong số thoát vị cột sống nói chung [3]. Tùy mức độ TVĐĐ CSC mà có thể điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa. Nghiên cứu về 179 quy trình phẫu thuật thì phẫu thuật cột sống được đánh giá là một trong 6 loại phẫu thuật gây ra mức độ đau sau phẫu thuật là nhiều nhất [10]. Hiện nay, khoa Điều trị cột sống ít xâm lấn - Bệnh viện Châm cứu Trung ương hàng năm tiếp nhận điều trị nhiều bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống cổ từ bệnh viện Việt Đức. Việc sử dụng các phương pháp giảm đau bằng Y học hiện đại (YHHĐ) là rất thường quy nhưng có thể gây ra một số tác dụng không mong muốn [4]. Do đó, bệnh viện đã áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền (YHCT) như điện châm, xoa bóp bấm huyệt, nhĩ châm trong hỗ trợ giảm đau sau mổ. Việc kết hợp phương pháp điện châm và nhĩ áp (sử dụng hạt Vương bất lưu hành dán lên các huyệt trên loa tai với ưu điểm là dễ áp dụng, tiện lợi, không xâm lấn) đã bước đầu cho thấy kết quả giảm đau khả quan. Tuy nhiên, để có thêm minh chứng khoa học về sự kết hợp của 2 phương pháp này làm cơ sở cho việc xây dựng quy trình giảm đau sau mổ tại bệnh viện, nhóm nghiên cứu tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: **“Đánh giá tác dụng hỗ trợ giảm đau và cải thiện hoạt động chức năng của cột sống cổ của phương pháp nhĩ áp kết hợp điện châm trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi ≥ 18 , tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân sau phẫu thuật TVĐĐ CSC từ ngày thứ 3 - 5, dựa trên lâm sàng có mức

độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale): $2 < VAS \leq 6$ điểm.

- Bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật.

- Tuân thủ đúng liệu trình và không áp dụng phương pháp điều trị nào khác trong quá trình tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm CSC kèm theo các bệnh lý tim, phổi, gan, thận cấp tính; bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng tiến triển. Bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc Etoricoxib. Tham gia quy trình nghiên cứu với thuốc và thiết bị khác. Tổn thương da, bầm lõm hoặc mô sẹo tại một điểm nhĩ áp bất kỳ. Không tuân thủ quy trình nghiên cứu, bỏ điều trị ≥ 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu chủ đích gồm 60 bệnh nhân được điều trị nội trú tại bệnh viện Châm cứu Trung ương, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, phương pháp phẫu thuật và mức độ đau theo thang điểm VAS.

Chất liệu nghiên cứu

- Công thức huyệt nhĩ áp được lựa chọn theo lý luận của YHCT, theo sinh lý, giải phẫu và theo cơ chế gây đau do phẫu thuật theo YHHĐ, chúng tôi lựa chọn công thức huyệt như sau: Thần môn, Giao cảm, điểm Nào, điểm Thượng thận, điểm Dưới đòn, Điểm CSC, điểm Giãn cơ, điểm Can [6].

- Công thức huyệt điện châm: theo quy trình số 46 (Điện châm điều trị hội chứng vai gáy) của Bộ Y tế [5]. Châm tả (dành cho bên đau): A thị huyệt, Phong trì, Thiên trụ, Giáp tích C4- C7, Đại chùy, Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Khúc trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Lạc châm.

- Etoricoxib 90mg (biệt dược Arcoxia 90mg), viên nén bao phim, sản xuất ở Tây Ban Nha bởi công ty Merck Sharp & Dohme (Asia) Ltd. Số đăng ký: VN-15092-12.

- Omeprazol 20mg, uống ngày 01v/lần/ngày, sản xuất bởi Công ty cổ phần Dược phẩm 2/9 - Nadyphar – Việt Nam. Số đăng ký: VD-22782.

Phương tiện nghiên cứu:

- Hạt dán Vương bất lưu hành (VBLH) hình cầu, cứng, đường kính 2mm, xuất xứ Công ty TNHH Thương mại Thiết bị Y tế Phong Thủy Hành Thủy, Trung Quốc.

- Bút dò huyết: số bằng sáng chế: ZL 982276524, xuất xứ Viện nghiên cứu thiết bị Y tế Komatsu Nam Kinh, Trung Quốc.

- Kim châm cứu: quy cách 0,3 x 25mm, kim được làm bằng thép không rỉ, chân bạc, vô trùng, dùng một lần, do công ty cổ phần thiết bị y tế Hải Nam sản xuất.

- Máy điện châm M8 do trung tâm Đào tạo, ứng dụng Viện châm cứu Việt Nam sản xuất

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân sau phẫu thuật TVĐĐ CSC từ ngày thứ 3 - 5 đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, được lựa chọn vào nghiên cứu và áp dụng phương pháp điều trị.

Nhóm nghiên cứu: gồm 30 bệnh nhân, được điều trị bằng nhĩ áp và điện châm theo công thức huyết x 30 phút/1 lần/ngày x 15 ngày liên tục. Uống Etoricoxib 90mg x 01 viên/lần/ngày trong 05 ngày đầu. Xác định huyết bằng bút dò huyết và dán hạt VBLH trên 02 tai theo công thức huyết nhĩ áp, dán vào ngày đầu tiên can thiệp, sau đó 05 ngày thay miếng dán 01 lần. Hướng dẫn bệnh nhân tự day ấn vào các vị trí huyết 04 lần/ngày, mỗi lần ấn 1 phút.

Nhóm chứng: gồm 30 bệnh nhân được điện châm theo công thức huyết x 30 phút/1 lần/ngày x 15 ngày liên tục. Uống Etoricoxib 90mg x 01 viên/lần/ngày trong 05 ngày đầu.

Các chỉ số nghiên cứu và phương pháp đánh giá kết quả:

Các chỉ số nghiên cứu: điểm VAS trung bình, phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS, lượng giá cải thiện chức năng hoạt động cột sống cổ bằng bộ câu hỏi Northwick Park Neck Pain Questionnaire (NPQ).

Phương pháp đánh giá kết quả:

- Đánh giá mức độ giảm đau cột sống cổ dựa vào thang điểm đau VAS: VAS = 0: không đau; $VAS \leq 2$: đau nhẹ; $2 < VAS \leq 4$: đau vừa; $4 < VAS \leq 6$: đau nặng; $6 < VAS \leq 8$: Đau rất nặng; $8 < VAS \leq 10$: đau không chịu được [12].

- Đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau vùng cổ lên chức năng sinh hoạt hằng ngày sử dụng bộ câu hỏi NPQ được chia thành 5 mức: Không ảnh hưởng: 0 -2 điểm. Ảnh hưởng ít: 3-8 điểm, ảnh hưởng trung bình: 9- 16 điểm, ảnh hưởng nhiều: 17- 24 điểm, ảnh hưởng rất nhiều: 25- 32 điểm [11].

- Các chỉ tiêu được theo dõi tại thời điểm ngày đầu tiên can thiệp (D_0), sau 7 ngày (D_7) và sau 15 ngày can thiệp (D_{15}).

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ 08/2023 – 07/2024, tại khoa Điều trị cột sống ít xâm lấn - Bệnh viện Châm cứu Trung ương

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, lưu trữ và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định sự khác biệt giữa 2 biến phân loại với kiểm định χ^2 và Fisher Exact Test. Kiểm định sự khác biệt giữa 2 biến liên tục với kiểm định T- student với phân bố chuẩn, kiểm định Mann – Whitney U với phân bố không chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ đề cương luận văn Thạc sỹ của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của bệnh viện Châm cứu Trung ương. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo mật. Trong quá trình điều trị, nếu bệnh nhân xuất hiện đau tăng, sẽ được điều trị theo phác đồ phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

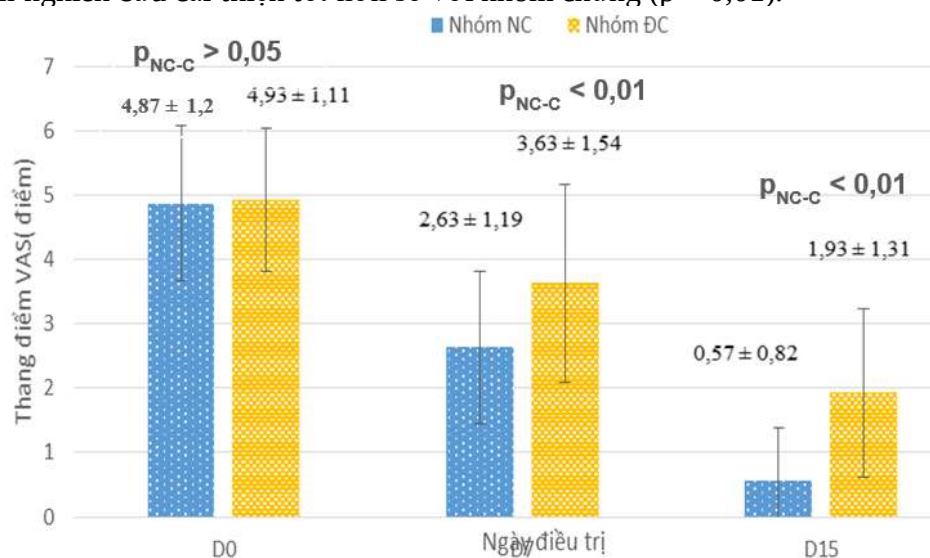
Theo kết quả nghiên cứu, tuổi trung bình của các bệnh nhân sau mổ TVĐĐ CSC là $56,60 \pm 13,34$ (tuổi) ở nhóm nghiên cứu và $57,60 \pm 13,38$ (tuổi) ở nhóm chứng. Tỷ lệ nữ/nam là 1/2,75. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh kéo dài > 3 tháng (73,3% ở nhóm chứng và 70,0% ở nhóm nghiên cứu). Thoát vị đĩa đệm 1 tầng chiếm đa số với 53,3% ở nhóm nghiên cứu và 50,0% ở nhóm chứng, trong đó vị trí TVĐĐ thường gặp tại đĩa đệm C4-C5 và đĩa đệm C5- C6.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 1. Mức độ đau theo thang điểm VAS qua từng thời điểm điều trị của hai nhóm

VAS (điểm)	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)						Nhóm ĐC (n = 30)					
		D ₀		D ₇		D ₁₅		D ₀		D ₇		D ₁₅	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Không đau		0	0,0	2	6,7	19	63,3	0	0,0	1	3,3	6	20,0
Đau nhẹ		1	3,3	12	40,0	11	36,7	0	0,0	5	16,7	18	60,0
Đau vừa		11	36,7	16	53,3	0	0,0	9	30,0	12	40,0	6	20,0
Đau nặng		18	60,0	0	0,0	0	0,0	21	70,0	12	40,0	0	0,0
P _(D0-D15)		< 0,01						< 0,01					
P _{D0(NC-ĐC)}		> 0,05											
P _{D7(NC-ĐC)}		< 0,01											
P _{D15(NC-ĐC)}		< 0,01											

Sau 15 ngày điều trị mức độ giảm đau ở cả hai nhóm cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,01$).



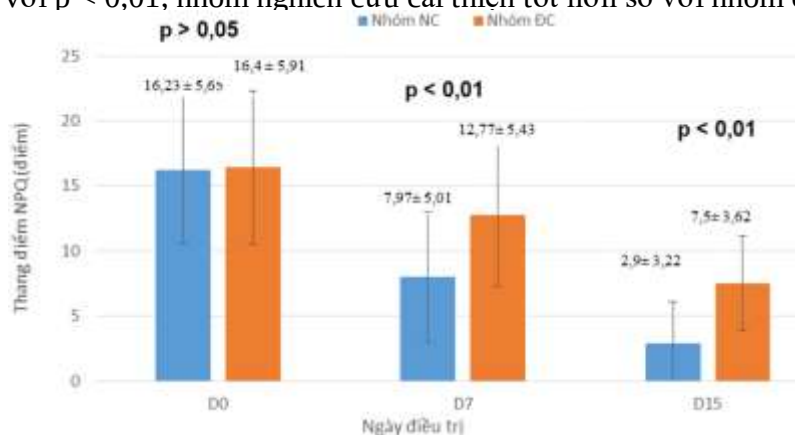
Biểu đồ 1. Điểm VAS trung bình qua từng thời điểm của 2 nhóm

Tại cả hai thời điểm D₇ và D₁₅, điểm VAS trung bình nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,01$.

Bảng 2. Hoạt động chức năng của cột sống cổ theo thang điểm NPQ

VAS (điểm)	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)						Nhóm ĐC(n = 30)					
		D ₀		D ₇		D ₁₅		D ₀		D ₇		D ₁₅	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Không ảnh hưởng	0	0,0	7	23,3	18	60,0	0	0,0	2	6,7	5	16,7
	Ảnh hưởng ít	4	13,3	8	26,7	8	26,7	5	16,7	3	10,0	13	43,3
	Ảnh hưởng vừa	12	40,0	13	43,3	4	13,3	11	36,7	15	50,0	12	40,0
	Ảnh hưởng nhiều	14	46,7	2	6,7	0	0,0	14	46,7	10	33,3	0	0,0
	P(D0-D15)	< 0,01						< 0,01					
	P _{D0} (NC-ĐC)	> 0,05											
	P _{D7} (NC-ĐC)	< 0,05											
	P _{D15} (NC-ĐC)	< 0,01											

Sau 15 ngày điều trị mức độ cải thiện chức năng hoạt động của CSC ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,01$).

**Biểu đồ 2. Điểm trung bình NPQ qua từng thời điểm của 2 nhóm**

Tại thời điểm D₇ và D₁₅, điểm NPQ trung bình nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Đau là một cảm giác chủ quan của bệnh nhân. Đau sau phẫu thuật ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân, chúng tôi dựa trên thang điểm VAS và sử dụng bảng câu hỏi NPQ để đánh giá mức độ cải thiện hoạt động CSC sau phẫu thuật. Các thang đánh giá đều được mô tả và hướng dẫn chi tiết để có thể lượng giá một cách khách quan nhất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại D₁₅, cả 2 nhóm đều cải thiện khi đánh giá theo thang điểm VAS và thang điểm NPQ. Trong quá

trình phẫu thuật, các tế bào bị tổn thương sẽ giải phóng ra acid arachidonic, dưới sự xúc tác của COX-2, acid arachidonic tổng hợp lên prostaglandin nhạy cảm với nociceptors ngoại vi gây ra cảm giác đau và viêm tại vùng tổn thương. Cả hai nhóm bệnh nhân đã được sử dụng Etoricoxib, đây là một thuốc ức chế chọn lọc COX-2 của nhóm NSAID, thuốc ức chế sự tổng hợp của prostaglandin ở ngoại biên và tủy sống, do vậy thuốc làm giảm tình trạng viêm và đau tại vùng tổn thương [1], [4].

Bên cạnh đó, hai nhóm được kết hợp thêm phương pháp điện châm. Theo cơ chế thần

kinh - nội tiết - thể dịch, điện châm có tác dụng làm tăng nồng độ Beta-Endorphin (có tác dụng mạnh gấp 200 lần so với morphin) và làm tăng cả nồng độ serotonin, catecholamine, cortisol, ACTH do đó làm giảm cơn đau. Theo cơ chế thần kinh, châm cứu có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân [2].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu được cải thiện tốt hơn so nhóm chứng ($p < 0,01$). Sự khác biệt là do nhóm nghiên cứu được áp dụng thêm phương pháp nhĩ áp. Hiện nay, chưa có công thức riêng về huyết nhĩ áp đối với bệnh nhân đau sau mổ TVĐĐ CSC. Tuy nhiên, dựa trên các phương pháp chọn huyết theo lý luận của YHCT, theo sinh lý, giải phẫu và theo cơ chế gây đau sau phẫu thuật do phản ứng viêm và do yếu tố thần kinh, chúng tôi lựa chọn công thức huyết nhĩ áp bao gồm: Thần môn, Giao cảm, điểm Não, điểm Thượng thận, điểm Dưới đòn, điểm CSC, điểm Giãn cơ, điểm Can. Theo thuyết kiểm soát cổng, nhĩ châm hỗ trợ trong việc kích hoạt các kích thích giảm đau từ các sợi A β , trái ngược với các kích thích có tổn thương từ sợi A δ và sợi C [9]. Việc kích thích huyết Thần Môn có thể tăng cường chức năng của thùy trước trán và tăng cường tác dụng của khu vực này trong việc làm suy giảm cảm giác đau thông qua cơ chế kiểm soát nhận thức. Nghiên cứu hiện đại chỉ ra việc kích thích các huyết Can, Thần môn có thể kích hoạt thùy trước trán và hệ limbic vì sự giảm thể tích của hồi hải mã và hạch hạnh nhân trong hệ limbic có tương quan thuận với tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm. Do đó, tăng cường hoạt hóa hệ limbic có thể làm giảm cảm xúc tiêu cực và lo lắng của bệnh nhân do đau hoặc do bệnh lý đưa tới [6]. Điểm Tuyến thượng thận, điểm Dưới đòn có tác dụng điều tiết hormon, kháng viêm, chống

stress. Điểm Thần môn, điểm Giao cảm, điểm Não có tác dụng điều tiết sự hưng phấn, ức chế vỏ đại não, an thần và giảm đau. Điểm Cột sống cổ được lựa chọn tương ứng với vị trí phẫu thuật là vùng CSC và theo nguyên tắc chọn huyết căn cứ vào bộ vị tương ứng. Điểm Giãn cơ, điểm Can được lựa chọn do can chủ cân, các điểm này có tác dụng giảm sự co cơ sau phẫu thuật, từ đó có tác dụng giảm đau [2], [8].

Hiện nay, nghiên cứu về sự phối hợp phương pháp nhĩ áp kết hợp điện châm và thuốc nền Etoricoxib còn hạn chế. Tuy nhiên, các nghiên cứu đơn trị liệu về phương pháp điện nhĩ châm dùng kim nhỏ châm lên các huyết trên loa tai cho thấy có hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay. Trần Thị Hải Vân và cộng sự (2023), nghiên cứu trên 30 bệnh nhân chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay được điều trị bằng phương pháp điện nhĩ châm. Kết quả cho thấy tác dụng giảm đau được cải thiện đáng kể trong thời gian điều trị và tác dụng này được duy trì ở thời điểm 2 và 4 tuần sau khi ngừng điều trị [7]. Theo tác giả Sator-katzenschiager và cộng sự sử dụng điện nhĩ châm có hiệu quả tốt hơn nhĩ châm khi giảm đau [13].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân đau sau phẫu thuật TVĐĐ CSC được chia làm hai nhóm: nhóm nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm và nhĩ áp (trong 15 ngày) kết hợp thuốc nền Etoricoxib 90 mg (trong 5 ngày đầu); nhóm đối chứng gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm (trong 15 ngày) kết hợp thuốc nền Etoricoxib 90 mg (trong 5 ngày đầu), chúng tôi nhận thấy phương pháp phối hợp nhĩ áp kết hợp điện châm và thuốc nền Etoricoxib có tác dụng hỗ trợ giảm đau và cải thiện chức năng hoạt động của CSC trên bệnh nhân sau mổ TVĐĐ CSC ($p < 0,01$). Mức độ giảm đau và chức năng

hoạt động của CSC ở nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Minh Đức.** Sinh lý đau, Chuyên đề Sinh lý học. Tài liệu dùng cho đối tượng Sau đại học Trường Đại học Y Hà Nội. 2002.
2. **Nguyễn Nhược Kim & Trần Quang Đạt.** Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Hà Nội. 2013
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan.** “Bệnh Học Cơ Xương Khớp Nội Khoa”. Nhà Xuất Bản y Học; 2009.
4. **Đào Văn Phan.** Dược lý học lâm sàng. Hà Nội. 2012.
5. **Quyết định 792/QĐ-BYT.** Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. 2013.
6. **Phùng Kính Sân, Chu Hồng Hải, Trần Long Hào, Lục Diên & Hoàng Vĩ Ân.** Phân tích cụm quy tắc chọn huyết vận dụng nhĩ huyết điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. 2021. 77–80.
7. **Trần Thị Thảo, Trần Thị Hải Vân.** Tác dụng giảm đau của điện nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyết trên người bệnh có hội chứng cổ vai cánh tay. Tạp chí y học Việt Nam. 2023.
8. **Nguyễn Tài Thu.** Tân Châm. Hà Nội, 1995
9. **Hou, P.-W. et al.** The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. Evid Based Complement Alternat Med. 2015.
10. **Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJM, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W.** Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology. 2013;118(4):934-944.
11. **González, T. et al.** Spanish version of the Northwick Park Neck Pain Questionnaire: reliability and validity. Clin Exp Rheumatol 19, 41–46 (2001)
12. **Qualitative and quantitative assessment of pain** | Request PDF. https://www.researchgate.net/publication/287708910_Qualitative_and_quantitative_assessment_of_pain
13. **Sator- Katrenschlager SM, Szeles JC, Scharbert G, et al.** Electric stimulation auricular acupuncture points is more effective than conventional manual auricular acupuncture in chronic cervical pain: a pilot study. Anesth Analg, 2003;97(5):1469-1473

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP SIÊU ÂM TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN NGHỆ AN

Trần Thị Yến¹, Nguyễn Văn Tuấn¹

TÓM TẮT.

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Yến

SĐT: 0383155363

Email: tranyen3009@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu trong điều trị thoái hóa khớp gối tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp can thiệp lâm sàng, tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Kết quả:** Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân hiệu quả điều trị xếp loại A chiếm 63,33%, loại B chiếm 30%, loại C chiếm 6,67%, loại D chiếm 0%. **Kết luận:**

Phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu có tác dụng tốt trong điều trị thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, siêu âm trị liệu, điện châm.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ELECTROACUPUNCTURE COMBINED WITH ULTRASOUND THERAPY IN THE TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS AT NGHE AN TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of electroacupuncture combined with ultrasound therapy in the treatment of knee osteoarthritis at Nghe An Traditional Medicine Hospital. **Subjects and methods:** Clinical intervention method, prospective, comparison before and after treatment, with control on 60 patients with knee osteoarthritis. **Results:** After 14 days of treatment, the rate of patients with effective treatment classified as type A was 63.33%, type B was 30%, type C was 6.67%, and type D was 0%. **Conclusion:** Electroacupuncture combined with ultrasound therapy is effective in treating knee osteoarthritis.

Keywords: Knee osteoarthritis, therapeutic ultrasound, acupuncture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là một bệnh lý mạn tính bao gồm tổn thương sụn khớp là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, màng hoạt dịch và các cơ cạnh khớp [1]. Đây là một trong những căn bệnh phổ biến nhất của bệnh lý về khớp và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới, chủ yếu do triệu chứng đau và hạn chế vận động – lý do chính khiến người bệnh đến bệnh viện và phòng khám chuyên khoa để điều trị. Khớp gối là khớp lớn chịu sức nặng và hoạt động nhiều, do đó tỷ lệ THK gối khá cao. Tại bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ THK chiếm 4,6% số bệnh nhân điều trị nội trú tại

khoa Cơ Xương Khớp, trong số đó THK gối chiếm tới 56,5%. Ở Mỹ, có 10% nam giới và 13% nữ giới 60 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc THK gối [2]. Khớp gối giúp gấp duỗi cẳng chân, giúp ta đi lại được nên khi bị THK gối, chất lượng cuộc sống và kinh tế của người bệnh ảnh hưởng khá nhiều.

Hiện nay điều trị THK gối theo YHHĐ có nhiều phương pháp khác nhau. Điều trị nội khoa bảo tồn chủ yếu sử dụng các nhóm thuốc điều trị triệu chứng làm giảm đau nhanh nhưng có nhiều tác dụng phụ như xuất huyết tiêu hóa, suy gan, suy thận... Điều trị ngoại khoa như thay khớp, nội soi khớp, bệnh nhân phải trải qua cuộc phẫu thuật lớn với không ít biến chứng. Ngành Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng (VLTL – PHCN) có nhiều phương pháp như nhiệt trị liệu, điện trị liệu và các bài tập vận động trị liệu. Điều trị THK gối theo YHCT cũng có nhiều phương pháp, bao gồm châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, thuốc đắp ngoài, thuốc thang... Các phương pháp điều trị không dùng thuốc với ưu thế ít tác dụng không mong muốn, phù hợp với tính chất bệnh lý THK mạn tính, hay tái phát của người lớn tuổi đang ngày càng được đánh giá cao. Nhằm kết hợp và tận dụng các ưu thế của YHHĐ và YHCT với mục đích nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tác dụng phụ của các phương pháp điều trị trên BN THK gối. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu trong điều trị thoái hóa khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại:

- Được chẩn đoán xác định thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn Hội thập khớp học Mỹ (ACR) 1991:

- 1 Đau khớp gối
- 2 Có gai xương ở rìa khớp (Xquang)
- 3 Dịch khớp là dịch thoái hóa

4 Tuổi ≥ 40

5 Cứng khớp dưới 30 phút

6 Lục khúc khi cử động

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1, 2 hoặc 1, 3, 5, 6 hoặc 1, 4, 5, 6.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

Hạc tất phong thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư: Đau lưng, ù tai, ít ngủ, nước tiểu trong, lưng gối đau mỏi, tiểu tiện đêm nhiều lần, mạch trầm tế, đau mỏi khớp gối, hạn chế vận động khớp gối, lâu dần có thể teo cơ, cứng khớp, biến dạng khớp gối.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau hoặc phương pháp khác trong thời gian NC đối với cả hai nhóm.

- Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.

- Bỏ điều trị giữa chừng ≥ 3 ngày.

- Các bệnh cấp tính, mạn tính nguy hiểm tới tính mạng.

- Phụ nữ có thai.

- THK gối có tràn dịch khớp gối.

- Vùng da mất cảm giác.

- Bệnh lý da liễu, vết thương cấp, chảy máu, viêm nhiễm khuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp can thiệp lâm sàng, tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: Gồm 60 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu (nhóm I): 30 bệnh nhân điều trị bằng siêu âm trị liệu

kết hợp điện châm. Nhóm chứng (nhóm II): 30 bệnh nhân điều trị bằng điện châm đơn thuần. Bệnh nhân giữa hai nhóm tương đồng về tuổi, mức độ bệnh.

2.2.3. Phương pháp tiến hành

- Khám và chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Điều trị điện châm: Công thức huyết áp dụng theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 06/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu như sau: Tại chỗ: Châm tả các huyết: Độc ty, Tắt nhãn, Huyết hải, Lương khâu, Dương lăng tuyền. Toàn thân: Châm bổ các huyết: Nếu can hư: Thái xung, Tam âm giao; Nếu thận hư: Thái khê, Thận du; Nếu tý hư: Quan nguyên, Thái bạch. Thời gian kích thích là 30 phút/lần. Liệu trình: ngày 1 lần, trong 14 ngày.

- Điều trị siêu âm trị liệu: Lần lượt thực hiện các bước theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng theo Quyết định số 54 /QĐ-BYT ngày 06/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Liệu trình: 10 phút/lần/ngày, trong 14 ngày.

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Lượng giá mức độ đau bằng thang điểm VAS.

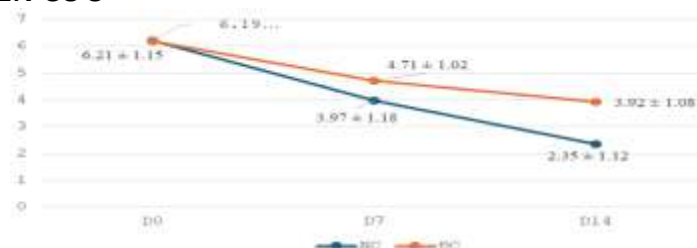
- Lượng giá mức độ đau và chức năng khớp gối theo thang điểm LequesneIndex1985.

- Đánh giá mức độ hạn chế vận động gấp khớp gối, đo chỉ số gót – mông.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

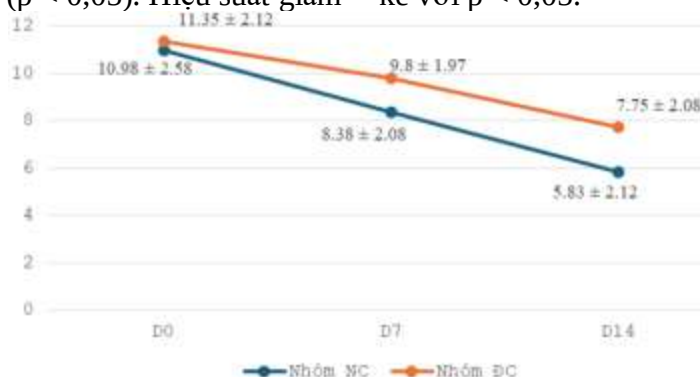
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm

Tại thời điểm D_0 , mức độ đau theo thang điểm VAS của hai nhóm là có sự tương đồng, với $p > 0,05$. Sau điều trị 14 ngày (D_{14}) điểm đau trung bình cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm

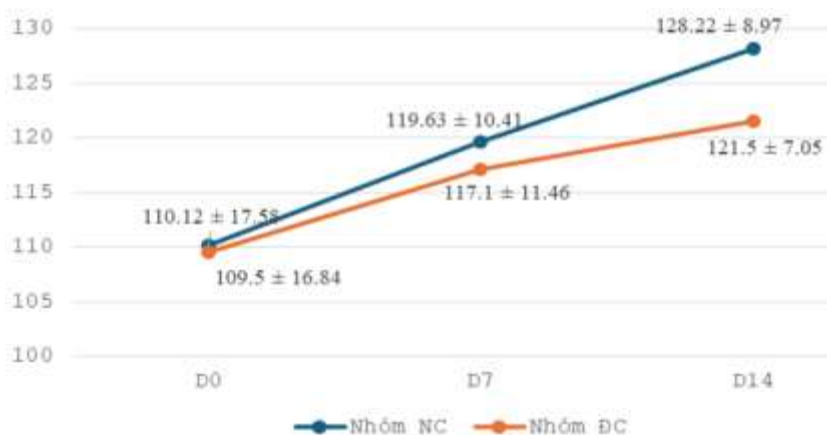
của nhóm NC nhiều hơn nhóm ĐC trong đó hiệu suất giảm của nhóm NC là $-3,86 \pm 0,78$ (điểm) còn nhóm ĐC là $-2,27 \pm 1,09$ (điểm), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Thay đổi chỉ số Lequesne qua các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm trước điều trị, điểm trung bình theo thang điểm Lequesne giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điểm trung bình theo thang điểm Lequesne sau mỗi thời điểm đánh giá của nhóm NC giảm nhiều hơn và nhanh hơn

có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm ĐC. Điểm trung bình theo Lequesne sau điều trị (D_{14}) ở nhóm NC giảm so với trước điều trị (D_0) là $-5,15 \pm 0,46$ (điểm), giảm nhiều hơn nhóm đối chứng $-3,6 \pm 0,24$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3. Mức độ cải thiện tầm vận động khớp gối qua các thời điểm

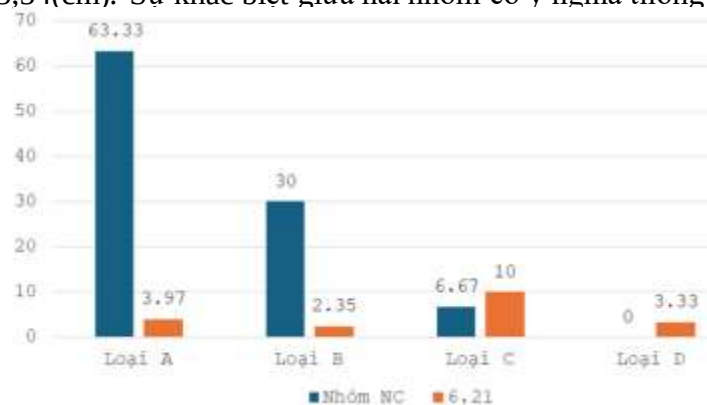
Thời điểm trước điều trị tầm vận động gấp trung bình của khớp gối giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau điều trị tầm vận động gấp trung bình của khớp gối tại các thời điểm đánh giá trong từng nhóm đều có cải thiện, trong đó nhóm NC cải thiện rõ rệt và nhanh

hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC sau điều trị tầm vận động gấp khớp gối tăng so với trước điều trị (D_0) là $18,1 \pm 6,01$ ($^\circ$) nhiều hơn ở nhóm ĐC là $12 \pm 6,08$ ($^\circ$), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 4. So sánh chỉ số gót móng trung bình ở các thời điểm

Sau 14 ngày điều trị chỉ số gót móng trung bình của hai nhóm có cải thiện nhiều, trong đó chỉ số gót móng trung bình nhóm NC là $9,7 \pm 3,01$ (cm) giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC là $15,6 \pm 3,56$ (cm). Hiệu suất giảm sau 14 ngày điều trị nhóm NC là $-9,5 \pm 3,12$ (cm) cao hơn nhóm ĐC là $-4,9 \pm 3,54$ (cm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 5. Hiệu quả điều trị chung của hai nhóm

Nhóm nghiên cứu loại A chiếm 63,33%, loại B chiếm 30%, loại C chiếm 3,33% và loại D chiếm 3,33%. Trong khi đó, nhóm chứng loại A chiếm 30%, loại B chiếm 56,67%, loại C chiếm tới 10%, và loại D chiếm 3,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sau 14 ngày điều trị (D₁₄), điểm đau VAS trung bình của nhóm NC là $2,35 \pm 1,12$ (điểm) thấp hơn so với nhóm ĐC là $3,92 \pm 1,08$ (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, xét về hiệu quả điều trị theo chỉ số VAS trung bình thì nhóm NC

điều trị kết hợp bằng siêu âm điều trị kết hợp điện châm có hiệu quả giảm đau nhanh và mạnh hơn so với nhóm ĐC điều trị bằng điện châm đơn thuần. Lý giải cho vấn đề này như sau: Điện châm là phương pháp điều trị tốt và dùng từ lâu để giảm đau và cải thiện tầm vận động gấp gối ở những bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối. Điều này đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu trong đó có nghiên cứu của tác giả Mai Thị Dương (2006) nghiên cứu trong thời gian ngắn trên 30 bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng điện châm có kết quả giảm đau loại tốt và khá chiếm 93,3% [3]. Phương pháp siêu âm điều trị có tác dụng nhiệt sâu vào các vùng của khớp gối, tác dụng cơ học làm giãn cơ,

giảm đau và tăng tầm vận động khớp gối, cải thiện chức năng sinh hoạt của bệnh nhân. Điều này đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu trong đó có nghiên cứu của tác giả Anne WS Rutjes và các cộng sự (2010) trên 341 bệnh nhân THK gối trong vòng 8 tuần bằng phương pháp siêu âm điều trị và nhóm đối chứng là nhóm giả can thiệp siêu âm điều trị. Qua đó cho thấy nhóm can thiệp bằng siêu âm điều trị cho chỉ số VAS cải thiện $3,0 \pm 0,49$ điểm so với ban đầu, trong khi đó nhóm đối chứng chỉ giảm $1,8 \pm 0,23$ điểm [4].

Thang điểm Lequesne được áp dụng khá phổ biến trong nhiều nghiên cứu để đánh giá mức độ đau và mức độ ảnh hưởng chức năng khớp gối, các tiêu chí đánh giá bao gồm: mức độ đau ở nhiều tư thế, khả năng đi bộ, và một số vận động khác. Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC có hiệu suất giảm điểm Lequesne trung bình so với thời điểm trước điều trị (D_0) là $-5,15 \pm 0,46$ (điểm) giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC $-3,6 \pm 0,24$ (điểm) với $p < 0,05$. Phương pháp điều trị bằng điện châm có tác dụng giảm đau, giãn cơ, tăng tầm vận động của khớp gối, từ đó cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Còn phương pháp siêu âm điều trị có đầy đủ những ưu điểm của các phương pháp nhiệt nóng trị liệu nông thông thường: làm giãn cơ, tăng dòng máu đến nuôi dưỡng mô mềm (cơ, gân, khớp và các tổ chức liên quan), tăng thực bào của bạch cầu với tế bào viêm và tăng dinh dưỡng tại chỗ. Khi cơ giãn và các tổ chức xung quanh được nuôi dưỡng đầy đủ, quá trình viêm nhanh chóng giảm đi làm cho tầm vận động của khớp gối được cải thiện rõ rệt, chức năng sinh hoạt của bệnh nhân khá lên. Dẫn đến phương pháp siêu âm điều trị kết hợp điện châm các triệu chứng có xu hướng giảm mạnh và nhanh hơn nhóm chỉ dùng điện châm đơn thuần trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 14 ngày điều trị thì nhóm NC có hiệu suất tăng độ gấp gối là $18,1 \pm 6,01$ (^{0}) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với hiệu suất tăng của nhóm ĐC là $12 \pm 6,08$ (^{0}). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Lê Minh (2017) [5] sau 14 ngày điều trị thì nhóm NC điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu có tầm vận động khớp gối là $127,5 \pm 10,65$ (^{0}) với hiệu suất tăng độ gấp gối là $18,1 \pm 6,01$ (^{0}).

Sau 14 ngày điều trị nhóm NC có chỉ số gót mông trung bình là $9,7 \pm 3,01$ (cm), nhóm ĐC có chỉ số gót mông trung bình là $15,6 \pm 3,56$ (cm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu suất giảm chỉ số gót mông sau 14 ngày điều trị của nhóm NC là $-9,5 \pm 3,12$ (cm), nhóm ĐC $-4,9 \pm 3,54$ (cm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Lê Minh (2017) [5] tại thời điểm sau 14 ngày điều trị thì nhóm NC điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu có chỉ số gót mông là $9,9 \pm 3,01$ (cm) với hiệu suất giảm chỉ số gót mông là $-9,2 \pm 3,65$ (cm).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hiệu quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu: Loại A chiếm 63,33%, loại B chiếm 30%, loại C chiếm 6,67%, loại D chiếm 0% cao hơn so với nhóm chứng: Loại A chiếm 30%, loại B chiếm 56,67%, loại C chiếm 10%, loại D chiếm 3,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC với sử dụng kết hợp cả hai phương pháp đã thực sự đem lại hiệu quả cộng hưởng là tăng lên tác dụng điều trị trên lâm sàng, giúp cải thiện thể hiện qua các chỉ số VAS, Lequesne, tầm vận động khớp và chỉ số gót – mông.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động tốt trong điều trị bệnh nhân THK gối:

Hiệu suất cải thiện chỉ số VAS trung bình sau 14 ngày điều trị so với trước điều trị là $-3,86 \pm 0,78$ (điểm).

Hiệu suất cải thiện chỉ số Lequesne sau 14 ngày so với trước điều trị là Hiệu suất giảm điểm Lequesne trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $-5,15 \pm 0,46$ (điểm).

Hiệu suất cải thiện tâm vận động khớp gối trung bình sau 14 ngày điều trị so với trước điều trị là $18,1^0 \pm 6,01^0$.

Hiệu suất cải thiện theo chỉ số gót – mông sau 14 ngày điều trị so với trước điều trị là $-9,5 \pm 3,12$ (cm).

Hiệu quả điều trị chung: loại A chiếm 63,33%, loại B chiếm 30%, loại C chiếm 6,67%, loại D chiếm 0%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy sự kết hợp giữa điện châm và siêu âm trị liệu là một phương pháp hiệu quả trong điều trị thoái hóa khớp gối, với tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối tốt trên lâm sàng. Do thời gian nghiên cứu có hạn, nghiên cứu chỉ mới đánh giá trên quy mô số lượng bệnh nhân nhỏ và thời gian ngắn nên kết quả nghiên cứu còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi có một số khuyến nghị được đề xuất:

1. Nghiên cứu nên được triển khai tiếp với phạm vi rộng hơn, số lượng lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn.

2. Phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu trong điều trị thoái hóa khớp gối

nên được áp dụng và phổ biến rộng rãi hơn cho các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), Thoái hóa khớp, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Y học, 2011, pp. 138- 150.
2. **Seth S. Leopold** (2009), Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty for Osteoarthritis, The New England Journal of Medicine.
3. **Mai Thị Dương** (2006), Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Rutjes AWS et al** (2010), Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip, Cochrane Database of Systematic Reviews.
5. **Trần Lê Minh** (2017), Nghiên cứu hiệu quả của điện châm kết hợp siêu âm điều trị thoái hóa khớp gối, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
6. **Nguyễn Giang Thanh** (2012), Đánh giá hiệu quả điều trị THK gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Nguyễn Thu Thủy** (2014), Đánh giá hiệu quả điều trị THK gối bằng bài thuốc tam tỷ thang kết hợp điện xung, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Nguyễn Thu Hương** (2017), Đánh giá tác dụng của siêu âm điều trị kết hợp điện châm và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

LIỆU PHÁP HƯỚNG ĐÍCH ỨNG CHẾ TRỰC TÍN HIỆU IL-8/CXCR1/2 TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ

Trần Quế Hương¹, Nguyễn Thị Thu Trang¹,
Nguyễn Thanh Trang¹, Lê Hương Ly¹, Trần Thị Thúy Nga¹

TÓM TẮT

Interleukin-8 (IL-8) và thụ thể của nó, CXCR1 và CXCR2, đã được khám phá rộng rãi trong các nghiên cứu ung thư. Là yếu tố huy động bạch cầu trung tính kiểu hình N2 và tế bào ức chế có nguồn gốc tủy, IL-8 và thụ thể CXCR1/2 có thể điều hòa môi trường vi mô khối u tạo điều kiện cho khối u trốn thoát các tế bào miễn dịch. Đồng thời, là tín hiệu gây cảm ứng quá trình chuyển đổi biệt hóa từ biểu mô sang trung mô, IL-8/CXCR1/2 có thể thúc đẩy sự xâm lấn và di căn cũng như liên quan đến khả năng kháng liệu pháp miễn dịch hoặc hóa trị của các tế bào khối u. Những nghiên cứu tiền lâm sàng hoặc lâm sàng nhắm mục tiêu IL-8/CXCR1/2 đã và đang được thực hiện để đánh giá hiệu quả của chiến lược đầy hứa hẹn này trong điều trị bệnh ung thư và hạn chế tình trạng kháng miễn dịch/hóa trị của khối u. Bao gồm các phân tử nhỏ ức chế thụ thể CXCR1/2 allosteric, kháng thể đơn dòng kháng IL-8 hoặc CXCR1/2 hoặc chất ức chế sự biểu hiện IL-8. Tổng quan này nêu bật vai trò kép của IL-8 và thụ thể CXCR1/2 trong quá trình tiến triển của tế bào khối u cũng như trong việc thúc đẩy khả năng kháng thuốc của các tế bào này. Sau đó thảo luận tiềm năng của liệu pháp hướng đích ức chế IL-8/CXCR1/2 trong điều trị bệnh lý ung thư và chống lại các cơ chế kháng thuốc.

Từ khóa: Interleukin-8, CXCR1, CXCR2, ung thư, đề kháng, liệu pháp hướng đích.

SUMMARY

TARGETED THERAPY INHIBITING IL-8/CXCR1/2 SIGNALING PATHWAY IN CANCER TREATMENT

IL-8 and its receptors, CXCR1 and CXCR2 have been extensively explored in cancer research. As a chemoattractant for N2-phenotype neutrophils and myeloid-derived suppressor cells, IL-8 and CXCR1/2 can modulate the tumor microenvironment to facilitate tumor evasion from immune cells. As an inducer of the transdifferentiation process epithelial-to-mesenchymal transition, IL-8/CXCR1/2 can promote invasion, metastasis, and contribute to resistance to immunotherapy or chemotherapy in tumor cells. Various preclinical and clinical studies targeting IL-8/CXCR1/2, are already being conducted to evaluate the effectiveness of this promising strategy in cancer treatment and overcoming resistance. Targeted therapies include small-molecule allosteric CXCR1/2 inhibitors, neutralizing antibodies against IL-8 or CXCR1/2, and IL-8-releasing inhibitors. The review highlights the dual roles that IL-8 and CXCR1/2 receptors play in both tumor progression and promoting tumor resistance. Subsequently, it also discusses the potential of targeted therapy aimed at inhibiting IL-8/CXCR1/2 in treating cancer diseases and combating resistance mechanisms.

Keywords: Interleukin-8, CXCR1, CXCR2, cancer, resistance, targeted therapy.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Nga

SĐT: 0906501374

Email: tttnnga@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

I. TỔNG QUAN

Interleukin-8 và thụ thể CXCR1/2

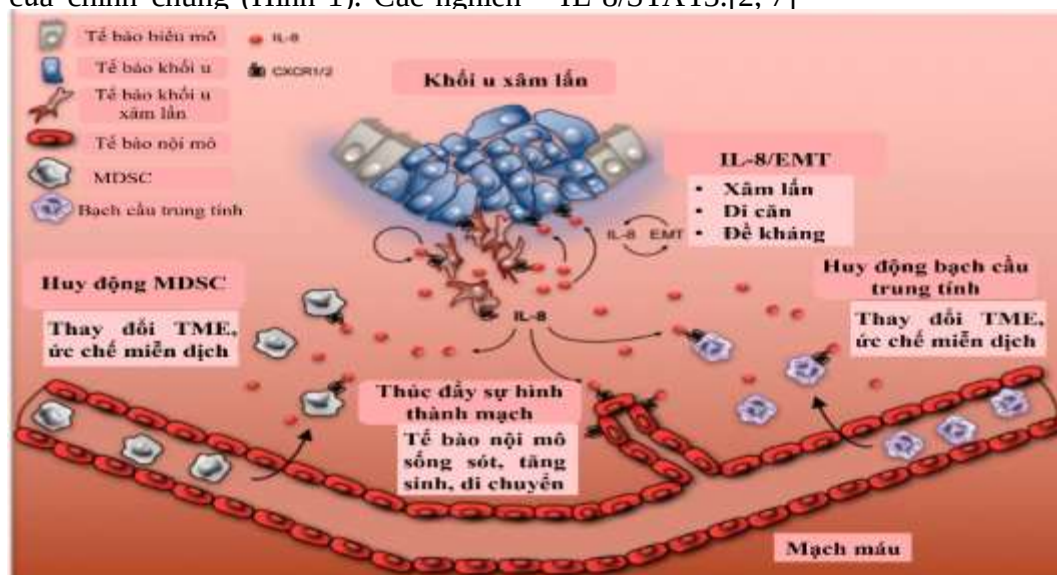
Năm 1987-1988, một yếu tố hóa ứng động bạch cầu trung tính đặc biệt đã được tinh chế từ môi trường bạch cầu đơn nhân, kích thích bằng lipopolysaccharid (LPS), sau đó được xác

định là thành viên của phân họ chemokine CXC chứa trình tự ba acid amin glutamic-leucine-arginine và được gọi là CXCL8 hoặc interleukin-8 (IL-8). IL-8 thể hiện hoạt tính thông qua sự gắn kết với hai thụ thể kết hợp protein G (GPCR), CXCR1 và CXCR2. IL-8 thường ít hoặc hầu như không biểu hiện bởi các tế bào không ung thư (non-cancerous cells) và ở điều kiện sinh lý bình thường. Tuy nhiên, IL-8 có thể được sản xuất và giải phóng bởi bạch cầu và các loại tế bào khác để đáp ứng với nhiều kích thích hay tín hiệu khác nhau (nồng độ tăng gấp 10-100 lần). Đó là các kích thích gây viêm nội sinh hoặc ngoại sinh (LPS, IL-1, TNF- α hay nhiễm vi khuẩn, vi rút), tín hiệu stress từ môi trường, hóa chất hoặc tín hiệu do hormone gây ra (estrogen và androgen). Đồng thời, mức độ biểu hiện IL-8 cao đã quan sát được ở nhiều bệnh ung thư như ung thư vú, ruột kết, dạ dày, buồng trứng, tuyến tiền liệt, tuyến tụy, gan cũng như ung thư biểu mô thực quản.[5, 15]

Vai trò IL-8/CXCR1/2 trong quá trình tiến triển và kháng thuốc của tế bào khối u

Tế bào khối u biểu hiện IL-8 và thụ thể CXCR1/2 để khai thác các con đường dẫn truyền tín hiệu liên quan đến sự tồn tại và phát triển của chính chúng (Hình 1). Các nghiên

cứu đã ghi nhận IL-8 có nguồn gốc từ khối u có thể hoạt động theo kiểu tự tiết (autocrine) và cận tiết (paracrine). Với cơ chế tự tiết, tín hiệu IL-8 là một yếu tố quan trọng trong sự sống sót của tế bào khối u bằng cách tăng cường biểu hiện gen chống chết theo chương trình (apoptosis). Đồng thời, IL-8 và CXCR1/2 hoạt hóa protein kinase B (Akt) và tham gia quá trình chuyển đổi biểu mô-trung mô (EMT). Duy trì kiểu hình trung mô gây giảm độ kết dính giữa các tế bào, dẫn đến tăng cường khả năng xâm lấn và di căn của các tế bào khối u.[2, 12] Bên cạnh đó, bằng cách hoạt động theo kiểu cận tiết, trục IL-8/CXCR1/2 thúc đẩy việc huy động bạch cầu trung tính kiểu hình N2 và tế bào ức chế có nguồn gốc tủy (MDSC) vào môi trường vi mô khối u (TME) gây giảm phản ứng miễn dịch chống khối u. IL-8 kích thích giải phóng bạch cầu trung tính từ MDSC giúp các tế bào khối u trốn thoát miễn dịch như tế bào T CD8⁺ và tế bào diệt tự nhiên (NK).[2, 7, 12, 15] Hơn nữa, các tế bào nội mô, nguyên bào sợi trong môi trường vi mô khối u cũng sản xuất IL-8 chịu trách nhiệm duy trì sự sống sót và tăng sinh của các tế bào khối u thông qua điều chỉnh con đường tín hiệu xuôi dòng IL-8/STAT3.[2, 7]



Hình 1. Vai trò của IL-8/CXCR1/2 trong khối u và môi trường vi mô [7]

Ngoài ra, liên quan đến hoạt động tự tiết của các tế bào khối u, IL-8 cũng được chứng minh đóng một vai trò quan trọng trong khả năng kháng thuốc thông qua quá trình chuyển đổi biểu mô-trung mô. EMT góp phần thiết lập một môi trường vi mô khối u ở trạng thái ức chế miễn dịch và do đó tạo ra khả năng kháng lại các liệu pháp miễn dịch (trastuzumab). Một nghiên cứu in vitro xác định cơ chế kháng thuốc ở tế bào ung thư phổi cho thấy tăng cường tín hiệu IL-8 thúc đẩy sự chuyển đổi biểu mô-trung mô và dẫn đến các tế bào khối u kháng erlotinib.[8] Hoặc một số báo cáo khác về đáp ứng với liệu pháp hóa trị (5-fluorouracil, epirubicin, cyclophosphamid, paclitaxel, doxorubicin, gefitinib hay oxaliplatin) cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa khả năng kháng thuốc và sự kích hoạt quá trình EMT.[2, 14] Như vậy, những kết quả này góp phần cung cấp cơ sở cho việc phát triển phương pháp trị liệu mới để kiểm soát tình trạng kháng thuốc qua trung gian IL-8.

Liệu pháp hướng đích ức chế IL-8/CXCR1/2

Vai trò của IL-8 được thể hiện thông qua sự gắn kết với thụ thể CXCR1/2 tại vị trí hoạt động (active/ orthosteric site) ở ngoại bào. Đồng thời, một vùng gắn kết dị lập thể nội

bào (allosteric site) cũng đã được phát hiện đối với nhóm thụ thể GPCR. Các chất tác động ở vị trí allosteric nội bào có thể điều chỉnh chức năng của thụ thể, dẫn đến ảnh hưởng đến sự tương tác của phối tử nội sinh (IL-8) và GPCR (CXCR1/2).[3] Theo đó, hầu hết các nghiên cứu tiền lâm sàng hoặc lâm sàng hiện tại tập trung vào việc ngăn chặn sự tương tác giữa các IL-8 và CXCR1/2 bằng cách sử dụng các chất ức chế phân tử nhỏ CXCR1/2 allosteric hoặc kháng thể đơn dòng nhắm vào các thụ thể hay IL-8 hoặc chất ức biểu hiện chính chemokine này.

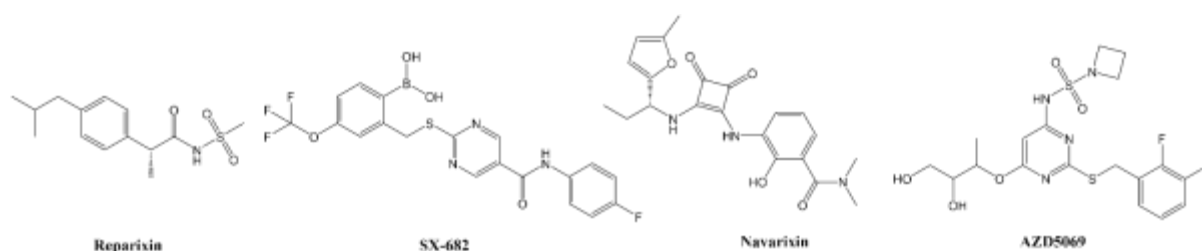
Chất phân tử nhỏ ức chế allosteric CXCR1/2

Tác động trên vị trí allosteric của thụ thể chemokine cho thấy lợi thế tiềm năng so với chất đối kháng orthosteric đã thu hút nhiều nhà nghiên cứu phát triển mạnh nhóm chất ức chế ở vị trí này. Các chất đối kháng ngoại bào có cùng vị trí gắn kết với phối tử nội sinh (có nồng độ cao trong trường hợp bệnh lý) dẫn đến cạnh tranh và giảm hiệu quả đối kháng, ngược lại chất đối kháng thụ thể allosteric nội bào khác biệt về mặt không gian nên sự cạnh tranh sẽ không xảy ra. Một số thuốc đang nghiên cứu ở giai đoạn lâm sàng được liệt kê ở Bảng 1 và mô tả cấu trúc như Hình 2.

Bảng 1. Một số thuốc ức chế CXCR1/2 allosteric ở giai đoạn thử nghiệm lâm sàng mới nhất trong điều trị ung thư

Tên thuốc	Công ty phát triển	Chỉ định	Thử nghiệm lâm sàng (Giai đoạn)
Reparixin*	Dompé	Ung thư vú di căn	NCT05212701 (II) ^a
SX-682*	Syntrix	Khối u rắn tiền triển	NCT04574583 (II) ^a
		Ung thư trực tràng	NCT04599140 (II) ^a
		Ung thư biểu mô tụy di căn	NCT04477343 (I) ^a
Navarixin*	Merck	Khối u rắn tiền triển/di căn	NCT03473925 (II) ^b
AZD5069**	AstraZeneca	Ung thư tuyến tiền liệt di căn	NCT03177187 (II) ^a
		Khối u rắn tiền triển và ung thư biểu mô tế bào vảy ở đầu và cổ (SCCHN)	NCT02499328 (Ib/II) ^a

Ghi chú: *đối kháng CXCR1/2, **đối kháng CXCR2, ^ađang thực hiện, ^bhoàn thành, TNLS: thử nghiệm lâm sàng, NCT (National clinical trial), SCCHN (squamous cell carcinoma of the head and neck); ung thư biểu mô tế bào vảy ở đầu và cổ.



Hình 2. Cấu trúc của một số thuốc ức chế CXCR1/2 allosteric

Reparixin, còn được gọi là repertaxin, là chất ức chế không chọn lọc CXCR1/2 đầu tiên được thử nghiệm lâm sàng giai đoạn I-III trong cấy ghép, ung thư và COVID-19. Đối với ung thư, một nghiên cứu giai đoạn II, đa quốc gia, đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng với giả dược (placebo) đã được tiến hành trên 68 trường hợp ung thư vú di căn được chỉ định reparixin đường uống 1200 mg/lần và 3 lần/ngày. Bệnh nhân sẽ được theo dõi thêm 30 ngày sau lần điều trị cuối cùng để đánh giá độ an toàn và quan sát tiến triển bệnh cũng như khả năng sống sót cho đến 12 tháng sau lần điều trị cuối cùng. Kết quả thử nghiệm đang được phân tích (NCT05212701).

SX-682 là một chất đối kháng thụ thể CXCR1/2 mới có các hoạt động chống ung thư tiềm năng với cơ chế loại bỏ sự tích tụ của tế bào ức chế có nguồn gốc tủy trong ung thư biểu mô tế bào vảy ở đầu và cổ cũng như tăng cường kích hoạt tế bào NK. Công ty dược phẩm Syntrix đang thực hiện các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn II để đánh giá độ an toàn và hiệu quả của SX-682 (thường kết hợp với liệu pháp miễn dịch) trong các trường hợp có khối u rắn tiến triển, ung thư trực tràng hoặc ung thư biểu mô tụy di căn sau thành công của các nghiên cứu in vivo trên chuột.[3, 5, 11]

Navarixin là một chất đối kháng thụ thể CXCR2/CXCR1 đường uống mới và ức chế sự gắn kết của IL-8 với CXCR1 ($IC_{50} = 36$ nM) và CXCR2 ($IC_{50} = 2,6$ nM). Navarixin có thể làm giảm sự hình thành các mạch máu mới, ức chế sự tăng sinh và thúc đẩy quá trình

apoptosis của tế bào khối u.[3, 5] Bên cạnh các thử nghiệm lâm sàng trên bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản hay bệnh vẩy nến đã được thực hiện, nghiên cứu gần đây nhất đang xác định hiệu quả của navarixin 30 mg hay 100 mg/lần/ngày phối hợp với chất đối kháng PD-1, pembrolizumab 200 mg tiêm tĩnh mạch 3 lần/tuần, trên 107 đối tượng mắc ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn, ung thư phổi không tế bào nhỏ và ung thư đại tràng (NCT03473925). Kết quả sơ bộ cho thấy độ an toàn và khả năng dung nạp có thể kiểm soát được, tuy nhiên sự phối hợp navarixin và pembrolizumab chưa chứng minh được hiệu quả đầy đủ ở nghiên cứu này và vẫn tiếp tục được theo dõi, đánh giá thêm.[1]

Công ty AstraZeneca cũng đã phát triển chất ức chế không thuận nghịch, chọn lọc CXCR2 là AZD5069. Các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn I/II trong điều trị các bệnh phổi (COPD, hen phế quản và giãn phế quản) cũng như ung thư đã được bắt đầu thực hiện sau nhiều đánh giá tích cực về tính an toàn và được động học. Cụ thể, thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm giai đoạn II (NCT03177187) trên 23 người bệnh ung thư tuyến tiền liệt di căn nhận điều trị AZD5069 40-320 mg kết hợp với enzalutamid 160 mg/lần/ngày đang tiến hành và hiệu quả chưa được công bố.[9] Một nghiên cứu đa trung tâm khác ở giai đoạn Ib/II đánh giá tính an toàn, khả năng dung nạp và hoạt tính chống khối u sơ bộ của AZD5069 kết hợp với durvalumab (chất ức chế PD-L1) trên những bệnh nhân có khối u ác rắn tiến

triển và SCCHN. Kết quả ban đầu cho thấy tác dụng chống ung thư được tăng cường từ liệu pháp phối hợp so với durvalumab đơn trị. Sự kết hợp này có thể là một lựa chọn thay thế hiệu quả cho trường hợp ung thư biểu mô tế bào vảy ở đầu và cổ tái phát/di căn chưa điều trị hoặc đã điều trị trước với chất ức chế PD-L1 cũng như các loại khối u rắn khác.[6]

Liệu pháp kháng thể

Kháng thể đơn dòng kháng IL-8

Kháng thể đơn dòng kháng IL-8 đầu tiên là ABX-IL-8 được phát triển bởi công ty dược phẩm Abgenix, được ghi nhận tiềm năng chống khối u ác tính trong các nghiên cứu tiền lâm sàng. Sự phát triển khối u ở chuột mang tế bào u ác tính người, A375SM và TXM-13, lần lượt sản xuất IL-8 ở mức cao và trung bình, đã giảm đáng kể với nhóm được điều trị bằng ABX-IL8 so với nhóm đối chứng (IgG). Đối với ung thư hắc tố da và ung thư bàng quang, đã thu được kết quả in vivo đầy hứa hẹn, nhưng chưa có thử nghiệm lâm sàng nào được thực hiện đối với những bệnh này.[5, 10]

Một kháng thể đơn dòng kháng IL-8 khác là HuMab-IL8 (BMS-986253), đã hoàn thành thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 1 và cho kết quả an toàn, dung nạp tốt trên những bệnh nhân có khối u rắn tiến triển. Đơn trị liệu HuMax-IL8 có liên quan đến việc giảm đáng kể nồng độ IL-8 ở tất cả các liều được thử nghiệm.[4] Đồng thời, kháng thể này cũng đang được tiến hành ở tám nghiên cứu giai đoạn I/II khác và sẽ đánh giá sự kết hợp điều trị giữa liệu pháp miễn dịch hoặc xạ trị với HuMax-IL8 sau thành công từ nghiên cứu in vivo.[5, 11]

Kháng thể kháng CXCR1/2

Điều trị bằng kháng thể kháng CXCR1 làm giảm đáng kể sự tăng sinh tế bào do IL-8 gây ra trong ung thư phổi tế bào nhỏ (SCLC). Kháng thể kháng CXCR2 còn ngăn chặn rõ

rệt quá trình tăng sinh mạch ở phổi chuột sau khi thắt động mạch phổi trái. Các kháng thể trung hòa CXCR2 làm giảm tổn thương phế nang tiền ác tính trong mô hình chuột KrasLA1 bằng cách gây ra quá trình chết theo chương trình ở các tế bào nội mô mạch máu trong các tổn thương hay có thể ức chế sự tăng sinh của tế bào ung thư biểu mô tuyến phổi LKR-13 có nguồn gốc từ chuột KrasLA1. Ngoài ra, kháng thể kháng CXCR2 đã ức chế sự tăng sinh, xâm lấn và hình thành ống do các chemokin gây ra ở tế bào nội mô tĩnh mạch rốn người (HUVEC) trong thử nghiệm in vitro, giảm thể tích khối u trong một mô hình ung thư tuyến tụy chuột. Mặc dù đã có những thành công ở nghiên cứu tiền lâm sàng trên mô hình ung thư, nhưng hiện tại vẫn chưa ghi nhận kháng thể kháng CXCR1/2 nào được đưa vào thử nghiệm lâm sàng trên các bệnh này.[10]

Chất ức chế sự biểu hiện IL-8

Thuốc có cấu trúc miRNA/siRNA

Sự ức chế IL-8 với thuốc có cấu trúc siRNA (small interfering RNA) đã làm giảm độ bám dính, khả năng di chuyển và xâm lấn trong các tế bào ung thư. Thuốc IL-8siRNA có thể ngăn chặn biểu hiện IL-8 trong các tế bào ung thư ruột kết. Trong mô hình chuột bị ung thư buồng trứng, liposom chứa IL-8siRNA làm giảm trọng lượng khối u so với liposom đối chứng. Một số thuốc có cấu trúc miRNA (microRNA) cũng được nghiên cứu để điều chỉnh biểu hiện gen IL-8. Gần đây, một nhóm tác giả đã phát hiện rằng miR-146 làm giảm biểu hiện của IL-8 thông qua NF- κ B, dẫn đến giảm khả năng di căn của tế bào ung thư.[10, 13, 16]

Thuốc phân tử nhỏ

Có thể đạt được sự ức chế biểu hiện IL-8 theo nhiều cách như mục tiêu là các con đường dẫn truyền tín hiệu kích hoạt chuyển

hóa IL-8 hay các yếu tố phiên mã ảnh hưởng đến biểu hiện gen IL-8. Cụ thể, một số kinase tham gia vào các con đường dẫn truyền tín hiệu điều hòa IL-8 như MAPK p38, PI3K, ERK, EGFR, JNK, proteasom hay NF- κ B. Chất ức chế MAPK p38, SB203580 giảm 62% sự biểu hiện mRNA IL-8 do IL-1 β gây ra cũng như giảm 80% sự bài tiết chemokine này trong tế bào Caco2 và HT29. Hay chất ức chế enzyme PI3K là LY294002 và Wortmannin, ngăn chặn đáng kể quá trình sản xuất IL-8 do TNF α gây ra trong tế bào ung thư gan. Hiệu quả ức chế của LY294002 và Wortmannin ở nồng độ 15 μ M lần lượt là 90% và 72%. Erlotinib là chất ức chế enzyme EGFR, ở nồng độ 0,1 – 10 μ M gây giảm mạnh sự sản xuất IL-8 được cảm ứng bởi betacellulin phụ thuộc liều lượng. Ngoài ra, erlotinib còn giảm biểu hiện IL-8 ở bệnh nhân ung thư và có liên quan đến hiệu quả kéo dài thời gian sống.

Chất ức chế JNK như SP600125 đã ngăn chặn sự biểu hiện và bài tiết IL-8 bằng cách điều chỉnh việc kích hoạt NF- κ B trong các tế bào biểu mô thực quản ở người. SP600125 (10 μ M) làm giảm đáng kể quá trình sản xuất IL-8 trong các tế bào u nguyên bào thần kinh đệm U87 thông qua giảm hoạt động của AP-1. Chất ức chế proteasom, bortezomib ức chế sự tăng sinh và sản xuất IL-8 trong các dòng tế bào ung thư bàng quang và tuyến tiền liệt. Một chất ức chế proteasom khác, MG132, đã ức chế sự kích hoạt NF- κ B do TNF α gây ra và sự bài tiết IL-8 trong tế bào A549 ung thư biểu mô phổi ở người.[10]

II. KẾT LUẬN

IL-8 và thụ thể CXCR1/2 đóng một vai trò quan trọng trong quá trình phát triển và đề kháng liệu pháp miễn dịch hoặc hóa trị của tế bào khối u bằng cách tăng cường ức chế miễn

dịch môi trường vi mô và kích hoạt quá trình chuyển đổi biểu mô-trung mô. Từ đó, trực tiếp hiệu IL-8 duy trì sự sống sót của tế bào khối u cũng như tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành mạch, tăng sinh, xâm lấn, di căn cũng như đề kháng của các tế bào này. Do vậy, liệu pháp hướng đích ức chế IL-8/CXCR1/2 là cách tiếp cận đầy hứa hẹn trong quá trình phát triển thuốc điều trị nhiều loại bệnh ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Armstrong, Andrew J, et al.** (2024), "CXCR2 antagonist navarixin in combination with pembrolizumab in select advanced solid tumors: a phase 2 randomized trial", *Investigational New Drugs*, pp. 1-15.
2. **Bazzichetto, Chiara, et al.** (2022), "Interleukin-8 in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of its potential role as a prognostic biomarker", *Biomedicine*. 10(10), p. 2631.
3. **Billen, Margaux, Schols, Dominique, and Verwilst, Peter.** (2022), "Targeting chemokine receptors from the inside-out: discovery and development of small-molecule intracellular antagonists", *Chemical Communications*. 58(26), pp. 4132-4148.
4. **Bilusic, Marijo, et al.** (2019), "Phase I trial of HuMax-IL8 (BMS-986253), an anti-IL-8 monoclonal antibody, in patients with metastatic or unresectable solid tumors", *Journal for immunotherapy of cancer*. 7, pp. 1-8.
5. **Cambier, Seppe, Gouwy, Mieke, and Proost, Paul.** (2023), "The chemokines CXCL8 and CXCL12: Molecular and functional properties, role in disease and efforts towards pharmacological intervention", *Cellular & Molecular Immunology*, pp. 1-35.

6. **Cohen, EE, et al.** (2017), "Phase 1b/2 Study (SCORES) assessing safety, tolerability, and preliminary anti-tumor activity of durvalumab plus AZD9150 or AZD5069 in patients with advanced solid malignancies and squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN)", *Annals of Oncology*. 28, p. v403.
7. **David, Justin M, et al.** (2016), "The IL-8/IL-8R axis: a double agent in tumor immune resistance", *Vaccines*. 4(3), p. 22.
8. **Fernando, Romaine I, et al.** (2016), "IL-8 signaling is involved in resistance of lung carcinoma cells to erlotinib", *Oncotarget*. 7(27), p. 42031.
9. **Guo, Christina, et al.** (2023), "Targeting myeloid chemotaxis to reverse prostate cancer therapy resistance", *Nature*. 623(7989), pp. 1053-1061.
10. **Ha, Helen, Debnath, Bikash, and Neamati, Nouri.** (2017), "Role of the CXCL8-CXCR1/2 axis in cancer and inflammatory diseases", *Theranostics*. 7(6), p. 1543.
11. **Han, Zhi-Jian, et al.** (2021), "Roles of the CXCL8-CXCR1/2 axis in the tumor microenvironment and immunotherapy", *Molecules*. 27(1), p. 137.
12. **Liao, Huifeng, et al.** (2023), "Expression of the prognostic marker IL-8 correlates with the immune signature and epithelial-mesenchymal transition in breast cancer", *Journal of Clinical Laboratory Analysis*. 37(3), p. e24797.
13. **Ning, Yan, et al.** (2011), "Interleukin-8 is associated with proliferation, migration, angiogenesis and chemosensitivity in vitro and in vivo in colon cancer cell line models", *International journal of cancer*. 128(9), pp. 2038-2049.
14. **Ribatti, Domenico, Tamma, Roberto, and Annese, Tiziana.** (2020), "Epithelial-mesenchymal transition in cancer: a historical overview", *Translational oncology*. 13(6), p. 100773.
15. **Xiong, Xingyu, et al.** (2022), "CXCL8 in tumor biology and its implications for clinical translation", *Frontiers in Molecular Biosciences*. 9, p. 723846.
16. **Zuzhalin, Arseniy** (2014), "Chapter 9. The rest of interleukin", in Zuzhalin AE and Kutikin, Anton, Editors, *Interleukins in cancer biology: Their heterogeneous role*, Elsevier, USA, pp. 291-306.