

đối tượng nghiên cứu, số bạn tình của đối tượng nghiên cứu và của chồng đối tượng nghiên cứu; hút thuốc lá chủ động hoặc thụ động là yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HPV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global cancer observatory.** Viet nam. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization Global Cancer Observatory. 2020; 1-2.
2. **Chen X, Xu H, Xu W et al.** Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus in 961,029 screening tests in southeastern China (Zhejiang Province) between 2011 and 2015. *Sci Rep* 7. 2017; 14813.
3. **Lâm Đức Tâm.** Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị các tổn thương cổ tử cung ở phụ nữ thành phố Cần Thơ. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế. 2017
4. **Castro F A, Dominguez A, Puschel K et al.** Serological prevalence and persistence of high- risk Human Papilloma virus infection among women in Santiago, Chile. *BMC Infection Diseases.* 2014; 14: 361- 369.
5. **Trương Thị Kim Hoàn.** Giá trị tầm soát ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm PAP, HPV, phối hợp Pap và HPV (co-testing) tại bệnh viện Phụ sản Nhi Bình Dương. *Phụ khoa - nội tiết - vô sinh.* 2019; 16 (4): 88- 91.
6. **Raza SA, Franceschi S, Pallardy S et al.** Human Papilloma virus infection in women with and without cervical cancer in Karachi, Pakistan. *British Journal of Cancer.* 2010; 102: 1657-1660.
7. **Trần Thị Lợi, Hồ Văn Phúc.** Tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus và các yếu tố liên quan của phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2010; 14 (1): 311-320.
8. **Lê Thị Thanh Hà, Vũ Thị Hoàng Lan, Lương Thu Oanh.** Đặc điểm dịch tễ học nhiễm HPV của phụ nữ tại hai quận thuộc Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, Dịch tễ và chương trình phòng chống ung thư. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2010; 1: 138-144
9. **Trần Văn Hợp, Vũ Văn Du, Lê Trung Thọ.** Tổn thương tiền ung thư, ung thư cổ tử cung và yếu tố nguy cơ. *Tạp chí Y học Thực hành.* 2015; 11 (985): 2-6.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ NGẮN HẠN CỦA PHƯƠNG PHÁP BÍT ỔNG ĐỘNG MẠCH BẰNG DỤNG CỤ QUA DA Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Minh Long¹, Tăng Xuân Hải¹, Nguyễn Văn Nam¹, Nguyễn Văn Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đóng ống động mạch bằng dụng cụ qua da ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân đã được can thiệp bít dù ỔĐM bằng dụng cụ Amplatzer, Coil – Pfm, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công đạt 97%, tỷ lệ shunt tồn lưu 3,1% sau một thời gian ngắn theo dõi. Sử dụng dù ỔĐM cổ điển chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,1%. Biến chứng trực tiếp trong quá trình can thiệp chủ yếu là mất máu chiếm tỷ lệ cao nhất 9,4%. Có 1 ca gây hẹp ĐMC chiếm tỷ lệ 3,1%. **Kết luận:** Bít ỔĐM bằng phương pháp can thiệp qua da không để lại vết sẹo, bệnh nhân không phải chịu một cuộc mổ. Thời gian nằm viện được rút ngắn. Nếu tính về hiệu quả tâm lý, xã hội và kinh tế thì đây cũng là một lợi ích lớn.

Từ khóa: Còn ống động mạch, can thiệp đóng ống động mạch

SUMMARY

RESULTS OF PERCUTANEOUS CLOSURE OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS IN CHILDREN AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Evaluate the short - term outcome of percutaneous closure of patent ductus arteriosus in children at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A cross-sectional description of all patients used percutaneous closure of the PDA at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Result:** The high success rate reached 97%, the residual shunt rate was low 3.1% after a short follow-up period. Using the classic ductus arteriosus accounted for the highest rate of 78.1%. Direct complications during the intervention were mainly blood loss, accounting for the highest rate of 9.4%. There was 1 case causing aortic stenosis, accounting for 3.1%. **Conclusions:** Closure of the ductus arteriosus by percutaneous intervention does not leave a scar, the patient does not have to undergo an operation. Working time is shortened. In terms of psychological, social and economic effects, this is also a big benefit.

Keywords: Persistent ductus arteriosus, percutaneous closure of the PDA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Còn ống động mạch (CÔĐM) là bệnh lý

¹Bệnh viện sản nhi Nghệ An

²Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

thường gặp ở trẻ em, đứng hàng thứ ba chỉ sau thông liên thất và thông liên nhĩ, chiếm tỉ lệ khoảng 5% đến 10% ở trẻ sơ sinh đủ tháng và lên đến 45-80% ở trẻ non tháng [2],[4].

Điều trị đóng ống được chỉ định gần như tất cả các trường hợp còn ống động mạch trên lâm sàng [5].

Năm 1979 Rashkin và Cuaso tiến hành đóng ống động mạch qua da thành công, mở ra một phương pháp mới có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật do ít biến chứng chảy máu, giảm stress do đau đớn, thời gian nằm viện ngắn hơn, không để lại sẹo trên cơ thể nhất là đối với trẻ gái. Vì vậy thông tim đóng ÔĐM qua da được xem là điều trị tiêu chuẩn và áp dụng thường quy đối với các trường hợp trẻ em có đủ chỉ định.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đóng ống động mạch bằng dụng cụ qua da ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân đã được can thiệp bít dù ÔĐM bằng dụng cụ Amplatzer, Coil – Pfm, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ bệnh nhân có những tổn thương trong tim phức tạp khác như: Hẹp nặng hoặc teo ĐMP, Gián đoạn quai ĐMC, hội chứng thiếu sản tim trái.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 12/2020 đến tháng 8/2021 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.2.3. Quy trình và các chỉ tiêu áp dụng trong nghiên cứu:

2.2.3.1. Quy trình bít ống động mạch bằng dụng cụ qua da [1].

- Sát trùng da rộng rãi khu vực tạo đường vào mạch máu

- Mở đường vào động mạch đùi và tĩnh mạch đùi phải.

- Tiêm heparin, liều 50 - 100đv/kg

- Thông tim phải đo các thông số về huyết động và bão hoà ôxy. Xác định shunt và các cung lượng (cung lượng tim, cung lượng phổi, cung lượng chủ).

- Chụp động mạch chủ ở tư thế nghiêng trái 90 độ và nghiêng phải 30 độ. Đo đường kính ống động mạch trên phim chụp: chỗ nhỏ nhất, lớn nhất và chiều dài ống.

- Chọn dụng cụ ADO: dựa vào kích thước của ÔĐM đo được trên phim chụp mạch. Lựa chọn dựa trên nguyên tắc đường kính ADO chỗ nhỏ nhất phải lớn hơn từ 1 đến 3mm của đường kính chỗ đổ vào động mạch phổi của ÔĐM.

- Dụng cụ ADO sẽ được vít vào dây cáp, kéo thẳng ra trong khúc nối và đẩy vào lòng của ống thông.

- Đưa guidewire từ đường tĩnh mạch đùi phải lên động mạch phổi, qua ống động mạch xuống động mạch chủ.

- Đưa dụng cụ theo dây dẫn từ tĩnh mạch đùi phải lên động mạch phổi qua ÔĐM sang động mạch chủ. Mở cánh lớn của dụng cụ.

- Kiểm tra sự cố định của dụng cụ trên phim chụp mạch. Tháo dụng cụ và chụp lại kiểm tra. Đánh giá kết quả ngay sau thủ thuật.

- Đối với dụng cụ coil: kỹ thuật tiến hành gần tương tự.

- Chụp kiểm tra các tư thế đánh giá kết quả.

2.2.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

➢ Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

➢ Các đặc điểm của thủ thuật

➢ Các biến chứng gặp phải trong và sau quá trình can thiệp, cách xử trí.

➢ Các loại dụng cụ được sử dụng, tỉ lệ thành công.

➢ Đánh giá kết quả ngay sau khi can thiệp và 01 tháng sau khám lại:

➢ Yếu tố ảnh hưởng tới kết quả can thiệp: tuổi, cân nặng, hình dạng ống, bệnh lý nền...

2.3. Xử lý số liệu: Chúng tôi nhập số liệu bằng phần mềm SPSS Builder, xử lý và phân tích số liệu bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi lựa chọn được 32 bệnh nhân đủ điều kiện trong đó có 21 bệnh nhân nữ (65,6 %), 11 bệnh nhân nam (34,4%). Có 19 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 12 tháng trở lên, còn lại nhóm bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi. Cân nặng trung bình 10,7 kg, thấp nhất 5 kg và lớn nhất 29 kg.

Bệnh toàn thân kèm theo chủ yếu gặp trong nghiên cứu là hội chứng Down chiếm tỷ lệ 12,5%. Thông liên thất là tổn thương kết hợp chiếm tỷ lệ 9,4%.

Trên phim Xquang tim phổi tỷ lệ tim ngực > 55% ở nhóm trẻ dưới 12 tháng là 84,6%, ở nhóm từ 12 tháng tuổi trở lên là 36,8%.

Đấu hiệu ứ máu phổi ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi là 92,2%, ở nhóm từ 12 tháng tuổi trở lên là 52,6%.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Dưới 12 tháng tuổi		Từ 12 tháng trở lên		Tổng	
	n = 13	Tỷ lệ %	n = 19	Tỷ lệ %	N = 32	Tỷ lệ %
Nghe tiếng thổi	13	100	9	47,4	22	68,8
Có viêm phổi tái diễn	9	69,2	5	26,3	14	43,8
Nhẹ cân	12	92,3	13	68,4	25	78,1

Nhận xét: Có 68,8% bệnh nhân nghe tiếng thổi trong đó nhóm dưới 12 tháng tuổi 100% nghe tiếng thổi. Bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi có đặc điểm lâm sàng viêm phổi tái diễn và nhẹ cân chiếm lần lượt là 69,2% và 92,3%. Nhóm từ 12 tháng tuổi trở lên chiếm tỷ lệ lần lượt là 26,3% và 68,4%.

Bảng 2: Đặc điểm ống động mạch trên siêu âm tim trước can thiệp của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ÔĐM	Trẻ dưới 12 tháng	Trẻ từ 12 tháng	Tổng
Chênh áp tối đa qua ÔĐM (mmHg)	57,0 ± 18,34	73,84 ± 13,14	67,00 ± 17,35
ALĐMP trung bình (mmHg)	29,84 ± 7,09	22,36 ± 5,71	25,41 ± 7,23
Đường kính ÔĐM phía chủ (mm)	6,58 ± 2,30	6,97 ± 1,96	6,74 ± 2,14
Đường kính ÔĐM phía phổi (mm)	3,93 ± 0,95	3,58 ± 1,08	3,72 ± 1,03
Chiều dài ÔĐM (mm)	5,08 ± 1,32	5,24 ± 2,00	5,17 ± 1,74

Nhận xét: Chênh áp tối đa qua ÔĐM của nhóm dưới 12 tháng là 57,0 ± 18,34 mmHg thấp hơn so với nhóm từ 12 tháng tuổi trở lên là 73,84 ± 13,14 mmHg.

ALĐMP trung bình của nhóm dưới 12 tháng là 29,84 ± 7,09 mmHg cao hơn nhóm từ 12 tháng tuổi trở lên là 22,36 ± 5,71 mmHg (bảng 3.2)

ÔĐM trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 65,6%, thấp nhất là ÔĐM có kích thước lớn chiếm 15,6% còn lại ÔĐM nhỏ. ÔĐM lớn có tỷ lệ làm giãn buồng tim trái và hở van hai cao nhất.

3.2. Kết quả điều trị đóng ống bằng dụng cụ qua da. Trong 33 lần thực hiện, có 1 trường hợp không thành công do kích thước ống quá lớn chiếm tỷ lệ 3,1%. Khó khăn gặp phải trong quá trình can thiệp nhiều nhất là cần thay dù khác sau khi đặt lần 1, có 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,5%. Phải thực hiện vị trí đường vào ở hai bên bẹn có 3 ca chiếm tỷ lệ 9,4%. Có 6 bệnh nhân ghi nhận còn shunt tồn lưu trên siêu âm tim lúc 3 ngày sau can thiệp chiếm tỷ lệ 18,8%. Sau 3 tháng chỉ còn lại 1 bệnh nhân được ghi nhận còn shunt tồn lưu chiếm tỷ lệ 3,1%.

Bảng 3. Dụng cụ dùng trong can thiệp đóng ÔĐM của đối tượng nghiên cứu

Tên dụng cụ	Dưới 12 tháng		Từ 12 trở lên		Tổng	
	n = 13	Tỷ lệ %	n = 19	Tỷ lệ %	N = 32	Tỷ lệ %
ADO	9	69,2	16	84,2	25	78,1
ADO II	2	15,4	2	10,5	4	12,5
ADO II AS	1	7,7	1	5,3	2	6,3
VSD	1	7,7	0	0	1	3,1

Nhận xét: Sử dụng dù ÔĐM cổ điển chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,1%, thấp nhất là dù thông liên thất với 3,1%. Biến chứng trực tiếp trong quá trình can thiệp chủ yếu là mất máu chiếm tỷ lệ cao nhất 9,4%. Có 1 ca gây hẹp ĐMC chiếm tỷ lệ 3,1%.

Bảng 4. Đặc điểm các bệnh nhân cần truyền máu sau can thiệp

Đặc điểm	Case 1	Case 2	Case 3
Tháng tuổi (tháng)	21	12	6
Cân nặng Kg	10,3	7,6	6,3
Kích thước ÔĐM mm	2,3	3,5	5,2
Hgb trước thủ thuật g/l	97	94	87
Hgb sau thủ thuật g/l	84	85	83
Hgb sau truyền máu g/l	103	102	107
Lượng máu cần truyền ml	150	100	100

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân thiếu máu cần truyền sau can thiệp đều có biểu hiện thiếu máu nhẹ trước khi thực hiện can thiệp bít ÔĐM.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về đối tượng nghiên cứu. Trong 32 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, có 11 trẻ nam và 21 trẻ nữ, độ tuổi trung bình 28 tháng, cân nặng trung bình 10,7kg.

Triệu chứng cơ năng CÔĐM không phong phú và không đặc hiệu, bệnh thường đi kèm với những đợt viêm phổi hoặc chậm phát triển về thể chất. Tỷ lệ nghe được tiếng thổi 68,8%, dấu hiệu viêm phổi tái diễn 43,8%, tỷ lệ trẻ nhẹ cân 78,1%. Dấu hiệu viêm phổi tái diễn và cân nặng nhẹ hơn so với tuổi là nguyên nhân khiến gia

đình đưa trẻ đến khám bệnh. Trẻ bị rối loạn nhiễm sắc thể có tỷ lệ bị bệnh tim bẩm sinh cao hơn so với các trẻ thường, nghiên cứu này có 4/32 trẻ (12,55%) có hội chứng Down đi kèm.

Chỉ số tim ngực > 55% trong nghiên cứu chiếm 56,2% thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Hữu Hòa (61,2%) [3]. Chỉ số tim - ngực to thể hiện tình trạng tăng máu lên phổi nhiều do shunt trái - phải. Có thể do lứa tuổi của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác, vì thể diễn biến bệnh còn sớm và bệnh được phát hiện sớm hơn nên ảnh hưởng đến phổi ít hơn.

Trên hình ảnh siêu âm tim Doppler chúng ta sẽ thấy chênh áp tối đa qua ống động mạch và áp lực động mạch phổi trung bình thông qua đo hở van phổi hoặc van ba lá. Với kết quả chênh áp tối đa qua ống và áp lực động mạch phổi trung bình của nhóm dưới 12 tháng tuổi (chênh áp tối đa qua ống $57,0 \pm 18,34$ mmHg, AIĐMP trung bình $29,84 \pm 7,09$ mmHg) và nhóm từ 12 tháng tuổi trở lên (chênh áp tối đa qua ống $73,84 \pm 13,14$ mmHg, AIĐMP trung bình $22,36 \pm 5,71$ mmHg) phù hợp với kết quả kích thước ống động mạch đo được phần phía phổi. Kết quả phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của ÔĐM. Trong điều kiện trang thiết bị không đồng bộ, thiếu trang bị tiêu chuẩn thì siêu âm tim là chỉ số đáng tin cậy để lựa chọn kích thước và loại dụng cụ.

Trẻ CÔĐM kích thước lớn 5/32 (15,6%) có biểu hiện gây giãn buồng tim trái, tăng áp phổi, hở van hai lá cao nhất lần lượt là (80%, 100%, 60%) điều đó khẳng định được ống càng lớn thì hậu quả tác động lên tim càng cao.

4.2. Kết quả can thiệp đóng ÔĐM bằng dụng cụ qua da. Tỷ lệ can thiệp thành công là 97%, mặc dù cao nhưng vẫn thấp hơn so với Robert H. Pass 99%, Phạm Hữu Hòa 100% [3],[6]. Sau 3 ngày thực hiện thành công can thiệp, tỷ lệ còn shunt tồn lưu là 18,8% cao hơn nhiều so với Robert H. Pass 11%, Phạm Hữu Hòa 4,5 % [3],[6]. Nguyên nhân vì chúng tôi thực hiện can thiệp tim mạch tim bẩm sinh nhưng chưa có sự hỗ trợ nhiều từ tim mạch ngoại khoa.

Vị trí đường vào thông thường là động mạch và tĩnh mạch bên phải, nhưng do mạch yếu và dị dạng nên không thể thực hiện hai đường vào cùng một bên mà phải chuyển sang bên trái. Có 3 bệnh nhân (9,4%) phải thực hiện thiết lập đường vào tại hai bên. Những bệnh nhân này gặp chủ yếu trẻ bị bệnh Down kết hợp cân nặng thấp và dị dạng mạch máu. Khi thiết lập đường vào ở vị trí hai bên sẽ gây khó khăn trong quá trình thực hiện thủ thuật và cả quá trình băng ép sau khi hoàn thành thủ thuật. Có 4 bệnh nhân

phải tiến hành thay đổi kích thước và kiểu dù do không phù hợp (nhỏ gây tuột dù về phía phổi, lớn gây chèn ép động mạch chủ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 ca bệnh vừa bị còn ống động mạch và thông liên thất. Trẻ này rất may mắn khi tổn thương thông liên thất có kích thước nhỏ và đủ tiêu chuẩn để bít dù. Khó khăn của những trẻ này là lựa chọn cách thức can thiệp nào để phù hợp cho trẻ, điều trị cùng lúc hay lần lượt cho trẻ. Chúng tôi đã thực hiện bít dù cùng một lượt cho bệnh nhân bị tim bẩm sinh kết hợp này và kết quả rất tốt.

Loại dù được dùng nhiều nhất là dù cổ điển (dù một cánh) chiếm 78,1%. Dù cổ điển thường phù hợp cho ống động mạch typ A có đường kính động mạch chủ lớn, thông thoáng. Bên cạnh đó chúng tôi còn dùng các loại thể hệ mới thậm chí dùng dù thông liên thất để tiến hành bít ÔĐM có kích thước lớn và hình dáng đặc biệt.

Các tai biến được ghi nhận bao gồm 1 bệnh nhân có hiện tượng chèn ép của dụng cụ vào động mạch chủ xuống gây hẹp động mạch chủ xuống và 3 bệnh nhân phải theo dõi và truyền máu sau can thiệp do thiếu máu do thiếu máu sẵn trước khi thực hiện can thiệp, kết hợp quá trình thực hiện đóng dù một lượng nhỏ máu chảy từ vị trí đường vào gây thiếu máu nặng hơn. Không có bệnh nhân nào thiếu máu do tan máu gây ra.

100% bệnh nhân có dụng cụ đóng ống ở đúng vị trí ÔĐM. Không có trường hợp nào gây hẹp nhánh động mạch phổi thứ phát sau đóng ÔĐM bằng dụng cụ qua da. Không có bệnh nhân nào bị viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm khuẩn sau đóng ÔĐM bằng dụng cụ qua da được theo dõi trong 3 tháng sau.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp đóng ÔĐM bằng dụng cụ qua da là phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ thành công cao đạt 97%, tỷ lệ shunt tồn lưu thấp 3,1% sau một thời gian ngắn theo dõi. Là phương pháp điều trị an toàn, tỷ lệ tai biến thấp, có thể áp dụng rộng rãi. Siêu âm tim trong rất có giá trị trong chẩn đoán xác định bệnh CÔĐM và theo dõi bệnh nhân sau điều trị đóng ÔĐM bằng dụng cụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế (2014).** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tim mạch.
- Lê Thanh Hải và cộng sự (2018),** Hướng dẫn cập nhật và chẩn đoán bệnh lý ở trẻ em, Bệnh Viện Nhi Trung Ương, trang 1111-1115.
- Phạm Hữu Hòa, Lê Hồng Quang và CS (2006).** Đánh giá kết quả điều trị bệnh còn ống động mạch bằng dụng cụ Amplatzer ở trẻ em tại

- bệnh viện Nhị trung ương.
4. **Phạm Nguyễn Vinh (2003)**, Bệnh học tim mạch, Chi nhánh Tp.Hồ Chí Minh, Nhà Xuất Bản Y Học.
5. **Feltes T.F., Bacha E., Beekman R.H. và cộng sự. (2011)**. Indications for Cardiac Catheterization and Intervention in Pediatric Cardiac Disease: A Scientific Statement From the

- American Heart Association. Circulation, **123(22)**, 2628.
6. **Robert HP, Ziyad Hijazi, Daphne TH, Veronica Lewis, William EH.** Multicenter USA Amplatzer Patent Ductus Arteriosus Occlusion Devive Trial, Initial and One-year Results. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 513-519.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA RỐI LOẠN LIPID MÁU VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC Ở BỘ ĐỘI TÀU NGẦM

Phạm Trường Sơn*, Dương Văn Thiện**, Lương Công Thức***

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với tình trạng stress và thời gian làm việc ở bộ đội tàu ngầm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả thực hiện trên 290 quân nhân thủy thủ tàu ngầm, chia làm hai nhóm, nhóm 1: nhóm dưới tàu (101 người) và nhóm 2: nhóm trên bờ (189 người). Tất cả quân nhân được đánh giá thời gian hoạt động trên tàu, đánh giá mức độ căng thẳng cảm xúc theo bộ câu hỏi Spielberger, làm xét nghiệm sinh hóa máu đánh giá rối loạn lipid máu. **Kết quả:** không có mối tương quan giữa nồng độ Triglycerid, LDL-C, HDL-C với tình trạng căng thẳng cảm xúc thường xuyên ở cả hai nhóm. Nhóm dưới tàu có mối tương quan thuận, yếu giữa tình trạng căng thẳng cảm xúc thường xuyên với nồng độ cholesterol ($r=0,153$, $p<0,05$), nhóm trên bờ không thấy mối tương quan này. Không có mối tương quan giữa các chỉ số rối loạn lipid máu với thời gian phục vụ trong lực lượng tàu ngầm của nhóm dưới tàu. **Kết luận:** Không có mối tương quan giữa tình trạng căng thẳng cảm xúc thường xuyên, thời gian phục vụ trong lực lượng tàu ngầm với rối loạn lipid máu.

Từ khóa: Căng thẳng cảm xúc, thủy thủ tàu ngầm, rối loạn lipid máu.

Viết tắt: RLLP: rối loạn lipid máu.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN DYSLIPIDEMIA AND SOME RISK FACTORS IN SUBMARINE SOLDIERS

Purpose: To find out the association between dyslipidemia and psychological stress, army service's duration in submarine soldiers. **Subjects and method:** 290 submarine soldiers were involved and divided into 2 groups: group 1 including 101 subjects (frequently experiencing in the sea), group 2 including 189 subjects (working on the land). A cross sectional studying was carried out to assess army service's

duration, psychological stress was evaluated by questionnaire's Spielberger, the blood test was done to investigate dyslipidemia. **Results:** No association was found between persistent psychological stress and (triglycerid, LDL-C, HDL-C) in two groups, a weak relation was shown with cholesterol ($r=0,153$, $p<0,05$) in group 1. There was no association between dyslipidemia and army service's duration. **Conclusion:** No association was found between persistent psychological stress, army service's duration and dyslipidemia

Keywords: Dyslipidemia, submarine soldiers, psychological stress.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với quân nhân nhất là quân nhân phục vụ trong lực lượng tàu ngầm, do yêu cầu cao của môi trường làm việc, tiêu chuẩn sức khỏe để tuyển chọn phải là sức khỏe loại 1, trong đó các chỉ số sinh hóa máu phải trong giới hạn bình thường (Thông tư số 26/2011/TT-BQP) [1]. Rối loạn lipid máu (RLLP) là một trong các yếu tố nguy cơ tim mạch chính, việc phát hiện sớm RLLP máu có vai trò quan trọng và cần thiết để phòng ngừa các bệnh lý tim mạch. Nếu các rối loạn lipid máu của các thủy thủ không được điều chỉnh về bình thường, trở thành bệnh lý, các thủy thủ sẽ bị loại khỏi lực lượng tàu ngầm gây tổn thất cho lực lượng, lãng phí tiền của vì quá trình tuyển chọn, đào tạo rất tốn kém và mất nhiều thời gian, công sức.

Việc dự phòng các rối loạn lipid máu cho các thủy thủ tàu ngầm đặt ra vấn đề cấp bách nhằm ngăn ngừa các bệnh lý liên quan và kéo dài tuổi thọ nghề nghiệp cho các thủy thủ. Ngoài các yếu tố nguy cơ thường gặp, một số yếu tố ở bộ đội tàu ngầm có thể liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu môi trường rung sóc, tiếng ồn, chế độ làm việc ca kíp sẽ tạo ra tình trạng stress có thể làm nặng thêm những rối loạn này [5]. Trong đó tình trạng stress tâm lý cho thấy có mối liên quan rõ ràng với rối loạn lipid máu ở các bệnh lý khác nhau. Đánh giá được những yếu tố nguy cơ liên quan đến rối loạn lipid máu sẽ giúp cho công tác

*Bệnh viện Trung Ương quân đội 108

** Y học Hải quân

***Bệnh viện quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trường Sơn

Email: ptson108@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 13.4.2022