

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐẶT DẢI BĂNG TỔNG HỢP Ở PHẦN SAU NIỆU ĐẠO TRONG ĐIỀU TRỊ TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC Ở PHỤ NỮ

Mai Trọng Hưng¹, Vũ Huy Nùng², Lê Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật đặt dải băng tổng hợp ở phần sau niệu đạo (TOT) trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được chẩn đoán là són tiểu không tự chủ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ 1/1/2013 – 5/2018. **Kết quả và kết luận:** Thời gian hậu phẫu của các bệnh nhân chủ yếu là trong khoảng 6h. Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày sau phẫu thuật. Không có biến chứng nghiêm trọng, có 3,4% có biến chứng chảy máu trong mổ, tuy nhiên đều được xử trí và khắc phục. Tình trạng tiểu tiện của bệnh nhân được cải thiện rõ. 100% bệnh nhân không còn rối loạn tiểu tiện. Lượng nước tiểu tồn dư đo bằng thông tiểu sau khi đi tiểu đều < 100ml. (100% các bệnh nhân đều đạt hiệu quả). Số lần đi tiểu/ngày của các bệnh nhân đều trở lại bình thường. Sau 1 tháng, tình trạng tiểu tiện của các bệnh nhân đều bình thường. Đánh giá vào các tháng thứ 3, thứ 6, thứ 9, thứ 12, thứ 18 và thứ 24 sau phẫu thuật cho thấy kết quả tốt, nhưng triệu chứng có xu hướng tái phát.

Từ khóa: Kết quả của phẫu thuật, phẫu thuật TOT, điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ.

SUMMARY

RESULTS OF TOT SURGERY FOR THE TREATMENT OF FEMALE STRESS INCONTINENCE

Objectives: We conducted this study with the aim to assess the outcome of TOT surgery for the treatment of female stress incontinence. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of 59 women with stress urinary incontinence underwent the procedure in Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. The study was conducted from 1/1/2013 - 5/2018. **Results and conclusions:** The postoperative time was mainly within 6 hours. The average hospital length stay was 5 days after surgery. There were no serious complications, 3.4% had complications of intraoperative bleeding, but they were all managed. The symptoms of the patient's urination improved markedly. 100% of patients no longer have urination disorders. The amount of residual urine measured by catheterization after urination was <100ml. (100% of patients are effective). The frequency of urination per day of

patients returned to normal. After 1 month, urination status of the patients were normal. Evaluation in the 3rd, 6th, 9th, 12th, 18th and 24th months after surgery shows good results. But symptoms tend to recur.

Key words: Results of surgery, TOT surgery, treatment of female stress incontinence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Són tiểu hay tiểu tiện không kiểm soát (TTKKS) là một bệnh gặp chủ yếu ở phụ nữ, són tiểu hiện đang là một bệnh lý ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt, tâm sinh lý, công việc và chất lượng sống của bệnh nhân trên toàn thế giới. Tỷ lệ són tiểu chung trong cộng đồng thay đổi từ 25 – 45% [1]. Tiểu tiện không kiểm soát (TTKKS) là một gánh nặng tâm lý làm giảm chất lượng sống. Kể từ khi Howard Kelly (1914) lần đầu tiên công bố kỹ thuật điều trị són tiểu do gắng sức [2], nhiều nghiên cứu về sinh lý tiểu tiện, cơ chế bệnh sinh, dịch tễ học và các phương pháp điều trị, dự phòng đã được tiến hành nhằm giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật cho người phụ nữ. Tuy vậy, són tiểu vẫn không được thông báo và quan tâm điều trị đầy đủ ở một số nước [3]. Trước đây, phẫu thuật điều trị són tiểu chủ yếu bằng phẫu thuật Burch, tuy vậy, kỹ thuật này còn có một số nhược điểm. Năm 1996, Ulmsten đưa ra kỹ thuật TVT và năm 2003, De Lorme đề xuất phẫu thuật (TOT), đã có nhiều thay đổi trong chiến lược điều trị són tiểu khi gắng sức, cho đến nay đã trở thành phẫu thuật được lựa chọn đầu tiên trong điều trị són tiểu khi gắng sức vì dễ thực hiện, ít xâm nhập, có thể điều chỉnh và hiệu quả điều trị cao.

Tại Việt Nam, phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức bằng phẫu thuật TOT (trans obturator tape) chỉ mới được áp dụng trong những năm gần đây, nên chưa có công trình nghiên cứu toàn diện về chỉ định, kỹ thuật và hiệu quả của phẫu thuật này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật đặt dải băng tổng hợp ở phần sau niệu đạo (TOT) trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 59 bệnh nhân được chẩn đoán là són tiểu không tự chủ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Nghiên cứu được

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: bacsymaitronghung@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2020

Ngày duyệt bài: 27/2/2020

thực hiện từ 1/1/2013 – 5/2018.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Các bệnh nhân được chẩn đoán TTKKS
- Các bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu có điều kiện theo dõi sau phẫu thuật.
- Đủ sức khỏe chịu đựng cuộc phẫu thuật.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Tất cả các bệnh nhân són tiểu không kiểm soát không có chỉ định phẫu thuật do các bệnh lý toàn thân và tại chỗ không có điều kiện gây tê, gây mê.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân tiểu không kiểm soát không có chỉ định phẫu thuật.

***Chỉ tiêu nghiên cứu:** - Hỏi bệnh, khám lâm sàng các bệnh nhân đến khám, khai thác bệnh sử, tiền sử (theo mẫu bệnh án nghiên cứu), giải thích cho bệnh nhân hợp tác nghiên cứu.

- Làm các nghiệm pháp thăm khám để lựa chọn những bệnh nhân són tiểu.

- Thực hiện phẫu thuật TOT điều trị són tiểu.
- Thu thập số liệu và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê.

***Xử lý và phân tích số liệu.** Sử dụng phần mềm thống kê STATA 12.0. Thống kê phân tích (Phép kiểm Chi bình phương, phép kiểm chính xác Fisher, phép kiểm t được sử dụng, phép kiểm Wilcoxon rank sum). Hệ số tương quan Pearson cũng được tính khi xét mối tương quan giữa các biến định lượng trong nghiên cứu. Các kiểm định được xem là có ý nghĩa thống kê (tức là có sự khác biệt hoặc có mối liên quan) khi giá trị $p < 0,05$. Khi OR được sử dụng thì khoảng tin cậy 95% của OR đi qua 1 được xem là không có ý nghĩa thống kê.

***Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.** Quá trình nghiên cứu đảm bảo tuân thủ đúng các quy tắc về GCP – thử nghiệm lâm sàng tốt của Bộ Y tế và ICH. Tuân thủ đúng đề cương nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Các chỉ tiêu liên quan đến phẫu thuật

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
Thời gian phẫu thuật 45 – 60p	35	59,3
Thời gian phẫu thuật > 60p	24	40,7
Thời gian phẫu thuật	66,4 ±	(45 –

trung bình	21,9	180)
Thời gian hậu phẫu ≤ 6h	58	98,3
Thời gian hậu phẫu > 6 – 9h	1	1,7
Biến chứng: Không	57	96,6
Có	2	3,4
Rút sonde tiểu sau mổ 1 ngày	58	98,3
Rút sonde tiểu sau 6 ngày	1	1,7
Thời gian ra viện trung bình	4,6±1,8	(1–10)

Nhận xét: Có 35 bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng 1 giờ đồng hồ (59,3%) và 24 bệnh nhân phẫu thuật kéo dài trên 1 tiếng (40,7%). Hầu hết các bệnh nhân có thời gian hậu phẫu dưới 6 tiếng, chỉ có 1 trường hợp lên tới 9 tiếng. 2 trường hợp có biến chứng trong phẫu thuật. Cả 2 trường hợp này đều có biến chứng chảy máu trong mổ, tuy nhiên nhóm phẫu thuật viên đã kịp thời cầm máu ngay và đạt hiệu quả - không ảnh hưởng nhiều tới quá trình mổ. Duy nhất 1 trường hợp rút sonde sau 6 ngày điều trị.

Quá trình phẫu thuật được chia làm các thì: 1) Bệnh nhân nằm ở tư thế sản khoa; 2) Treo môi nhỏ bằng mũi chỉ Nylon phía trong nếp đùi; 3) Đặt thông Foley CH16; 4) Định vị vị trí miệng đỡ; 5) Rạch âm đạo; 6) Tách âm đạo và mô quanh niệu đạo; 7) Bóc tách; 8) Đặt kim TOT; 9) Đặt giá đỡ niệu đạo; 10) Kiểm tra khoảng cách giữa niệu đạo và giá đỡ; 11) Cắt giá đỡ phần ngoài da; 12) Khâu đường rạch âm đạo và đường rạch da. Mẫu chốt của phẫu thuật là dưới gây tê tùy sống, qua một vết trích nhỏ ở thành trước âm đạo, bác sỹ phẫu thuật đưa vào một dải băng tổng hợp đỡ phần sau niệu đạo nhằm tạo ra một vùng đệm tựa chắc chắn thay thế cho vòng cơ đã rã yếu. Khi gắng sức, áp lực ổ bụng tăng lên sẽ ép niệu đạo vào vùng này làm bịt tắc lòng niệu đạo và sẽ chặn lại dòng tiểu són ra. Dải băng này được cấu tạo từ những sợi mô-nô-phi-la-măng tổng hợp và sợi polypropylen, là loại vật liệu được dùng rất phổ biến trong phẫu thuật, nó rất bền theo thời gian và được dung nạp rất tốt trong cơ thể, không hề gây bất kỳ một phản ứng nào. Đây là một phẫu thuật nhẹ nhàng, không cắt cơ vùng bụng và tăng sinh mô, ít gây sang chấn và ít đau. Kết quả ấn tượng: Ngay trên bàn mổ sau khi phẫu thuật bệnh nhân hết són tiểu. Phương pháp này được chỉ định cho các trường hợp són tiểu gắng sức đã điều trị nội khoa không có kết quả, các trường hợp són tiểu gắng sức có phối hợp với sa sinh dục và trong một số trường hợp đặc biệt són tiểu do bàng quang không ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94,9% bệnh nhân đều được gây tê tùy sống tương tự như của Nguyễn Tân Cương, tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây tê tùy sống [4]. Việc giảm đau

trong mổ và sau mổ của phẫu thuật TOT là quan trọng, ảnh hưởng tới tỷ lệ có biến chứng sau mổ.

Về thời gian phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trung bình một ca phẫu thuật TOT mất 66,4 phút trong khi của Hồ Nguyễn Tiến là 20,7 phút [3], của Nguyễn Tân Cương là 59 phút [4]. Có sự khác nhau như vậy bởi vì qua xem xét các nghiên cứu, chúng tôi thấy hầu hết các tác giả đều thực hiện qua 12 thì phẫu thuật như mô tả trên nhưng với Hồ Nguyễn Tiến, tác giả chỉ tính thời gian từ lúc bắt đầu cuộc mổ cho đến khi đặt được bandelette trong khi nghiên cứu của chúng tôi và của các tác giả đều tính đến khi kết thúc mổ. Do vậy, thời gian phẫu thuật của cuộc mổ cũng khác nhau.

Đánh giá về thời gian rút sonde tiểu sau mổ, hầu hết các nghiên cứu đều thống nhất rút sonde tiểu sau phẫu thuật 1 ngày (24h), sau đó để bệnh nhân tự tiểu tiện và theo dõi quá trình tiểu tiện của bệnh nhân. Đánh giá khó tiểu sau mổ được định nghĩa là dòng chảy nước tiểu yếu hay chậm hoặc cần phải ép bụng mới đi tiểu được, hoặc đi tiểu bị ngắt quãng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào ghi nhận được là có bí tiểu. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của phương pháp này rất thấp, chủ yếu là chảy máu và bí tiểu, nhiễm trùng và lộ bandelette, có thể do phạm vi nghiên cứu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn. Theo nhiều tác giả thì tỷ lệ này từ 1 – 2% [3].

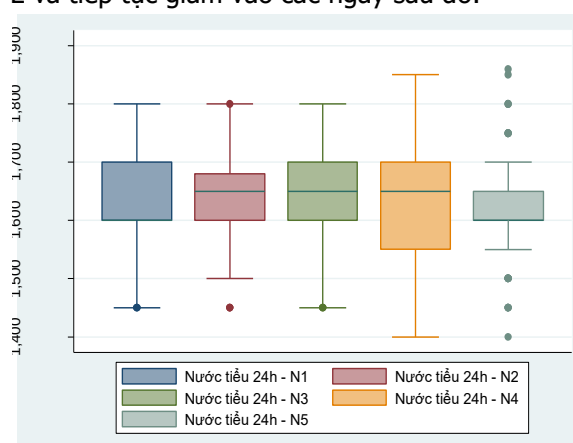
Số ngày nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,6 \pm 1,8$ ngày (thấp nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 10 ngày). Kết quả của chúng tôi cao hơn của Hồ Nguyễn Tiến [3] với thời gian nằm viện trung bình là $2,1 \pm 1,1$ ngày, của Nguyễn Tân Cương [4] là 1,3 ngày (thấp nhất là 1 ngày, cao nhất là 5 ngày). Nghiên cứu của chúng tôi dài hơn vì nhóm bệnh nhân có các bệnh kết hợp nhiều hơn của 2 tác giả trên, tỷ lệ sa sinh dục và sa thành trước âm đạo ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cao hơn, trong quá trình mổ, chúng tôi tiến hành xử trí triệt để nên cần lưu bệnh nhân theo dõi dài ngày hơn. Trong những ngày sau mổ, việc theo dõi và đánh giá

tình trạng nhiễm trùng, chảy máu...của các bệnh nhân được chúng tôi theo dõi chặt chẽ. Do vậy, tỷ lệ bệnh nhân không có các biến chứng về nhiễm trùng và chảy máu hầu như không có.

Bảng 2. Diễn tiến bệnh nhân sau mổ đến khi ra viện

Tiêu chí theo dõi	N1	N2	N3	N4	N5
Tình trạng són tiểu	6	1	0	0	0
Test Valsava (âm tính)	59	57	57	55	57
Nghiệm pháp ho (âm tính)	59	59	57	56	55
Test Bonney (âm tính)	59	57	57	58	58

Nhận xét: Trong những ngày nằm viện sau mổ, bệnh nhân đều được khám lâm sàng và đánh giá hiệu quả của cuộc mổ: các triệu chứng và nghiệm pháp gần như giảm hết vào ngày thứ 2 và tiếp tục giảm vào các ngày sau đó.



Biểu đồ 1. Lượng nước tiểu 24h trung bình sau phẫu thuật tới khi ra viện

Biểu đồ 1 cho thấy, lượng nước tiểu trung bình /24h là tương đối đồng đều và không dao động nhiều. Tuy nhiên tới ngày thứ 5 thì có 7 bệnh nhân có các dấu hiệu về các test đánh giá không bình thường nên lượng nước tiểu có giảm đôi chút. Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đánh giá về tình trạng tiểu tiện trước khi ra viện

Ngày	Số lần/ngày	Lượng nước tiểu 24h
Ngày 1	$7,6 \pm 1,2$ (5 – 10)	$1619,9 \pm 88,1$ (1450 – 1800)
Ngày 2	$6,8 \pm 0,9$ (5 – 10)	$1624,4 \pm 72,3$ (1450 – 1800)
Ngày 3	$6,5 \pm 0,9$ (4 – 8)	$1643,2 \pm 77,9$ (1450 – 1800)
Ngày 4	$6,1 \pm 0,9$ (4 – 8)	$1641,1 \pm 101,6$ (1400 – 1850)
Ngày 5	$6,2 \pm 0,8$ (4 – 8)	$1621,4 \pm 94,3$ (1450 – 1860)

Nhận xét: Ở 5 ngày sau phẫu thuật, tình trạng tiểu tiện của tất cả các bệnh nhân đều bình thường. Số lần đi tiểu/ngày và lượng nước tiểu 24h trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Kết quả cải thiện tình trạng són tiểu trước và khi ra viện

Chỉ tiêu đánh giá	Trước Phẫu thuật		Ra viện		p-values
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Có Són tiểu	59	100,0	0	0	0,0000 ^b
Valsava (+)	58	98,3	2	3,4	0,0000 ^b
N.pháp ho (+)	58	98,3	3	5,1	1 ^b
Bonney (-)	57	96,1	58	98,3	1 ^a
Lượng nước tiểu tồn dư	130,3±18,3 (100 – 170)		56,4 ± 13,8 (30 – 100)		0,000 ^f
Trung bình số lần đi tiểu	13 ± 2,3 (10 - 18)		6,3 ± 0,8 (4-8)		0,000 ^f

a: Chi-squared test; b: Fisher's exact test f: Wilcoxon signed-rank- test

Nhận xét: Hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật TOT được cải thiện rõ. Tỷ lệ són tiểu giảm từ 100% bệnh nhân bị són tiểu trước phẫu thuật còn 0%. Các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng giảm đáng kể (từ 98,3% xuống 3,4% và 5,1%). Số lần đi tiểu trung bình trước phẫu thuật so với thời điểm ra viện cũng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Kết quả điều trị trước và sau khi ra viện 1 tháng và 3 tháng

Chỉ tiêu đánh giá	Trước phẫu thuật		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		p-values
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Són tiểu	59	100,0	1	1,7	0	0,0	0,0000 ^b
Valsava (+)	58	98,3	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
N.pháp ho (+)	58	98,3	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
Bonney (-)	57	96,1			0	0,0	
Lượng nước tiểu tồn dư	130,3±18,3 (100 – 170)		56,2 ± 14,5 (30 – 90)		53,7 ± 10,8 (30 – 70)		0,000 ^f
Số lần đi tiểu trung bình/ ngày	13 ± 2,3 (10 - 18)		6,7 ± 0,6 (6 – 8)		6,5 ± 0,6 (5 – 8)		0,000 ^f

a: Chi-squared test; b: Fisher's exact test f: Wilcoxon signed-rank- test

Bảng 6. Kết quả điều trị trước mổ và sau khi ra viện 6 tháng và 9 tháng

Chỉ tiêu đánh giá	Trước mổ		Sau 6 tháng		Sau 9 tháng		p-values
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Són tiểu	59	100,0	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
Valsava (+)	58	98,3	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
N.pháp ho (+)	58	98,3	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
Bonney (-)	57	96,1	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
Nước tiểu tồn dư	130,3±18,3 (100 – 170)		49,5 ± 10,7 (20 – 70)		49,3 ± 11,7 (20 – 70)		0,000 ^c
Số lần đi tiểu trung bình/ ngày	13 ± 2,3 (10 - 18)		6,4 ± 0,6 (5 – 8)		6,5 ± 0,7 (5 – 8)		0,000 ^f

b: Fisher's exact test f: Wilcoxon signed-rank- test c: T-student test

Bảng 7. Kết quả điều trị trước mổ và sau khi ra viện 12 tháng và 18 tháng

Chỉ tiêu đánh giá	Trước mổ		Sau 12 tháng		Sau 18 tháng		p-values
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Són tiểu	59	100,0	1	1,7	5	8,5	0,000 ^b
Valsava (+)	58	98,3	1	1,7	4	6,8	0,000 ^b
N.pháp ho (+)	58	98,3	1	1,7	4	6,8	0,000 ^b
Bonney (-)	57	96,1	0	0,0	0	0,0	0,000 ^b
Lượng nước tiểu tồn dư	130,3±18,3 (100 – 170)		49,8 ± 15,4 (20 – 110)		54,9 ± 22,9 (20 – 130)		0,000 ^f
Số lần đi tiểu trung bình/ ngày	13 ± 2,3 (10 - 18)		6,5 ± 0,6 (5 – 8)		6,9 ± 0,9 (6 – 10)		0,000 ^f

b: Fisher's exact test f: Wilcoxon signed-rank- test

Bảng 8. Kết quả điều trị trước mổ và sau khi ra viện 24 tháng

Chỉ tiêu đánh giá	Trước mổ		Sau 24 tháng		p-values
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Són tiểu	59	100,0	6	10,2	0,000 ^a
Valsava (+)	58	98,3	11	18,6	0,000 ^a

N.pháp ho (+)	58	98,3	11	18,6	0,000 ^a
Bonney (-)	57	96,1	0	0,0	0,000 ^b
Lượng nước tiểu tồn dư	130,3±18,3 (100 – 170)		61,7 ± 33,1 (20 – 150)		0,000 ^f
Số lần đi tiểu trung bình/ ngày	13 ± 2,3 (10 - 18)		7,2 ± 1,6 (6 – 13)		0,000 ^f

a. Chi-squared test b. Fisher's exact test

f: Wilcoxon signed-rank- test

Đánh giá vào các tháng thứ 3, thứ 6, thứ 9, thứ 12, thứ 18 và thứ 24 sau phẫu thuật cho thấy kết quả tốt, nhưng triệu chứng có xu hướng tái phát.

Về quá trình hồi phục sau mổ: 100% các bệnh nhân sau mổ đều tiểu tiện bình thường. Các nghiệm pháp thăm khám niệu đạo và bàng quang như test Valsava, nghiệm pháp ho và Bonney đều âm tính. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước đánh giá kết quả cuộc mổ. Tỷ lệ thành công lên tới 95 – 99%, hầu như không có trường hợp nào thất bại. Theo Hermieu J.-F. phân tích trên 150 nghiên cứu với 1000 trường hợp được phẫu thuật theo phương pháp TOT và TVT cho kết quả điều trị hiệu quả hoàn toàn là 85% và cũng kết luận hiệu quả điều trị của hai phương pháp là tương tự nhau nhưng khác nhau về biến chứng trong mổ. Biến chứng của TOT thấp hơn TVT là chảy máu – tụ máu khoang Retzius (< 1% vs 1%), tổn thương bàng quang (1-2% vs 5-10%), tổn thương niệu đạo (<1% vs 1%) và TOT thời gian phẫu thuật ngắn nhưng TOT có tỷ lệ đau vùng bẹn sau mổ cao hơn (15,9% sau mổ và giảm xuống 1,9% một tuần sau mổ)[5]. Theo Descazeaud A. và cộng sự so sánh hiệu quả điều trị của hai phương pháp TOT và TVT trong thời gian 12 tháng cho kết luận hiệu quả điều trị của 2 phương pháp là giống nhau nhưng TOT có thời gian phẫu thuật ngắn hơn (15 phút vs 30 phút với $P < 0,001$) và tổn thương bàng quang ít hơn ($p < 0,004$) nhưng đau sau mổ (40% trong 9 ngày đầu) và thể tích cần sau đi tiểu < 100ml cao hơn TVT (88% vs 61% $p < 0,001$) [6].

Đánh giá về lượng nước tiểu tồn dư ở các ngày sau phẫu thuật, kết quả của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về tình trạng tiểu tiện của bệnh nhân. 100% bệnh nhân có tình trạng tiểu tiện bình thường. Không trường hợp nào có cảm giác khó tiểu, tiểu nhiều lần. Nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới đều cho kết quả tương tự [7,8].

Đánh giá kết quả sau 1 tháng, 100% bệnh nhân được khám lại, đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Tình trạng tiểu tiện của bệnh nhân hoàn toàn bình thường, cải thiện so với trước phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trong nước. Tỷ lệ

hài lòng sau 12 tháng của các bệnh nhân tới 82% [6].

IV. KẾT LUẬN

Thời gian hậu phẫu của các bệnh nhân chủ yếu là trong khoảng 6h. Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày sau phẫu thuật. Không có biến chứng nghiêm trọng nặng, có 3,4% có biến chứng chảy máu trong mổ, tuy nhiên đều được xử trí và khắc phục. Tình trạng tiểu tiện của bệnh nhân được cải thiện rõ. 100% bệnh nhân không còn rối loạn tiểu tiện. Lượng nước tiểu tồn dư đo bằng thông tiểu sau khi đi tiểu đều < 100ml. (100% các bệnh nhân đều đạt hiệu quả). Số lần đi tiểu / ngày của các bệnh nhân đều trở lại bình thường. Sau 1 tháng, tình trạng tiểu tiện của các bệnh nhân đều bình thường. Đánh giá vào các tháng thứ 3, thứ 6, thứ 9, thứ 12, thứ 18 và thứ 24 sau phẫu thuật cho thấy kết quả tốt. Nhưng triệu chứng có xu hướng tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hannestad, Y.S., et al., A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology*, 2000. **53**(11): p. 1150-1157.
2. Slack, A., D.K. Newman, and A.J. Wein, **Fast Facts: Bladder Disorders**. 2011: Karger Medical and Scientific Publishers.
3. Hồ Nguyễn Tiến, L.S.P., Bạch Cẩm An, Phan Viết Lâm Kết quả điều trị són tiểu khi gắng sức bằng phẫu thuật đặt Bandelette dưới niệu đạo. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2010. **Số 5 - tr.32 - 38**.
4. Nguyễn Tân Cương, T.T.T.D., Trần Lê Linh Phương, Vũ Hồng Thịnh, Nguyễn Hoàng Đức Đánh giá kết quả ban đầu điều trị tiểu không kiểm soát ở phụ nữ bằng nâng niệu đạo kiểu TVT. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2009. **Số 13 - tr.205 - 209**.
5. Hermieu, J.-F. Bandelettes sous-urétrales dans l'incontinence urinaire d'effort de la femme: revue des différents procédés. in *Annales d'urologie*. 2005. Elsevier.
6. Descazeaud, A., et al., Traitement de l'incontinence urinaire d'effort par bandelette TVT-O: résultats immédiats et à un an. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 2007. **35**(6): p. 523-529.
7. Beji, N.K., O. Yalcin, and H.A. Erkan, The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *International Urogynecology Journal*, 2003. **14**(4): p. 234-238.
8. Brubaker, L., et al., Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1997. **177**(3): p. 536-540.

NGHIÊN CỨU MỨC TIÊU THỤ SEVOFLURAN KHI GÂY Mê DÒNG THẤP 0,5 HOẶC 1 LÍT/PHÚT TRONG PHẪU THUẬT BỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Phạm Thị Lan*, Công Quyết Thắng**, Tống Xuân Hùng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức tiêu thụ sevofluran khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 lít/ phút và 1 lít/phút với ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi. **Đối tượng phương pháp:** 74 bệnh nhân, tuổi ≥ 60 , ASA 1, 2, 3 được phẫu thuật mở bụng dưới gây mê toàn thân. Sau khi đặt ống nội khí quản, bệnh nhân được gây mê dòng thấp với FGF 0,5 lít/phút ở nhóm N0,5 và FGF 1 lít/phút ở nhóm N1. Trong mổ ghi lại lượng sevofluran tiêu thụ, MAC, Entropy (RE, SE), SPI, TOF, nhịp tim, HATB. **Kết quả và kết luận:** Lượng sevofluran tiêu thụ trung bình trong gây mê dòng thấp ở nhóm N0,5 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm N1 ($0,14 \pm 0,03$ ml/phút, $0,19 \pm 0,05$ ml/phút; $p < 0,001$). Như vậy gây mê dòng thấp với lưu lượng khí mới 0,5 lít/phút làm giảm mức tiêu thụ thuốc mê, từ đó giúp giảm chi phí gây mê và giảm ô nhiễm môi trường.

Từ khóa: Phẫu thuật bụng, gây mê dòng thấp, mức tiêu thụ sevofluran.

SUMMARY

SEVOFLURAN CONSUMPTION DURING LOWFLOW ANESTHESIA WITH FRESH GAS FLOW 0.5 OR 1 LITER/MIN FOR ABDOMINAL SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

Object: Evaluating the consumption of sevofluran during low flow anesthesia with ecoflow at fresh gas flow 0.5 or 1 L/min for abdominal surgery in elderly patients. **Materials and methods:** 74 ASA grade 1, 2 and 3 patients, aged ≥ 60 years undergoing abdominal surgery under general anesthesia with an endotracheal tube were included. After induction the volatile anesthetic (SEV) was opened at 3% and the flow of 6 L/min until entropy < 60 then reduced to 0,5 L/min for group N0.5 and 1 L/min for group 1 L/min. Ventilation: VCV, $V_t = 8$ ml/kg, RR = 10, PEEP = 5 cmH₂O. Consumption of sevofluran, MAC-Sevofluran, entropy, SPI, TOF, heart rate, MAP were recorded. **Results and conclusions:** Mean sevoflurane consumption was significantly lower in Group N0.5 compared to Group N1 (0.14 ± 0.03 ml/min, 0.19 ± 0.05 ml/min; p -value < 0.001). So the use of low flow 0.5 L/min was associated with decrease in the cost of anaesthetic and environmental pollution.

Keywords: Abdominal surgery, lowflow anesthesia, consumption of sevofluran.

*Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan

Email: drlanpham86@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2020

Ngày duyệt bài: 21/2/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê dòng thấp (GMDT) là phương pháp gây mê toàn thân, với lưu lượng khí mới (FGF) thấp hơn rõ rệt so với thể tích khí phút, được thực hiện đầu tiên bởi Foldes vào năm 1952 để duy trì mê cho bệnh nhân [5], [6]. Phương pháp này chứng minh được ưu điểm: tiết kiệm thuốc mê, giảm thiểu ô nhiễm môi trường, giữ được nhiệt độ và độ ẩm trong khí thở vào [3], [8].

Người cao tuổi với những biến đổi sinh lý bệnh trong quá trình tăng tuổi, ảnh hưởng đến dược động học, dược lực học của thuốc. Dẫn đến thay đổi mức tiêu thụ thuốc mê hô hấp. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức tiêu thụ sevofluran khi GMDT với FGF 0,5 và 1 lít/phút trên người cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá mức tiêu thụ sevofluran khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 lít/ phút và 1 lít/phút với ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mở vùng bụng theo chương trình dưới gây mê toàn thân bằng thuốc mê hô hấp.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trên 60 tuổi, phân loại theo ASA 1, 2, 3. Thời gian phẫu thuật dự kiến > 60 phút. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có các bệnh hô hấp, tuần hoàn nặng. Bệnh nhân suy thận. Béo phì ($BMI > 30$ kg/m²) hoặc gầy ($BMI < 18,5$ kg/m²).

2.1.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu. Các trường hợp không đặt được NKQ. Các trường hợp có tai biến trong gây mê, phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật < 60 phút.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.

- Cỡ mẫu: Như vậy nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với cỡ mẫu 74 người bệnh, được chia thành 2 nhóm:

Nhóm N0,5: Nhóm chứng gồm 37 người bệnh, được tiến hành duy trì mê bằng phương pháp gây mê dòng thấp với Ecoflow, FGF 0,5 lít/phút.

Nhóm N1: Nhóm nghiên cứu gồm 37 người bệnh, được tiến hành duy trì mê bằng phương pháp gây mê dòng thấp với Ecoflow, FGF 1lít/phút.

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Mức tiêu thụ sevofluran trung bình trong quá trình gây mê dòng thấp (ml/phút).
- Mức tiêu thụ sevofluran tại các thời điểm nghiên cứu (ml/giờ).
- Thay đổi MAC tại các thời điểm nghiên cứu.
- Thay đổi Entropy (SE, RE), SPI, COUNT, huyết áp, nhịp tim.

2.2.3. Phương tiện và vật liệu nghiên cứu

- Phương tiện và các thuốc theo qui định chung cho hồi sức hô hấp và tuần hoàn.
 - Máy gây mê giúp thở GE healthcare Avance CS² với phần mềm Ecoflow.
 - Máy theo dõi liên tục B650 của Datex - Ohmeda.
 - Thuốc gây mê: Propofol 200mg/20ml của Astra Zeneca, sevofluran của Abbot.
 - Thuốc tê ngoài màng cứng Bupivacain 0,5%, 20ml của Astra Zeneca.
 - Thuốc giãn cơ: Rocuronium 50mg/5ml.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1mg/2ml.

2.2.4. Cách tiến hành

2.2.4.1. Thời điểm lấy số liệu:

T0: Ngay trước khi GMDT	T5: Sau GMDT 50 phút
T1: Sau GMDT 10 phút	T6: Sau GMDT 60 phút
T2: Sau GMDT 20 phút	T9: Sau GMDT 90 phút
T3: Sau GMDT 30 phút	T12: Sau GMDT 120 phút
T4: Sau GMDT 40 phút	T13: Ngay trước khi ngừng GMDT

2.2.4.2. Cách thực hiện

Tất cả bệnh nhân được vô cảm trong mổ bằng phương pháp gây mê nội khí quản:

Khởi mê: Fentanyl 2µg/kg, propofol 2mg/kg tiêm tĩnh mạch. Esmeron 0,6 mg/kg (khi mất phản xạ mi mắt). Đặt NKQ sau khi TOF = 0 và SE ≤ 60.

Duy trì mê: Thông khí nhân tạo với tần số thở 10 lần/phút, Vt = 8 ml/kg, FGF 5 lít/phút, Sevofluran 3%, đến khi SE ≤ 60 chuyển sang gây mê dòng thấp. Nhóm N0,5: GMDT với Ecoflow, FGF 0,5 lít/phút, F_DO₂ 50%. Nhóm N1: GMDT với Ecoflow, FGF 1 lít/phút, F_DO₂ 50%. Trong mổ điều chỉnh sevofluran để giữ 40 < SE < 60. Duy trì Entropy 40-60, SPI < 60, TOF = 0, count ≤ 2. Ngừng sevofluran trước khi đóng da. Giải giãn cơ khi TOF > 20% T1: Neostigmin 0,20 - 0,40 mg/kg, Atropin sulfat 0,15mg/kg.

Thoát mê: Rút NKQ khi đạt tiêu chuẩn: SE > 90, thở 12 - 25 lần/phút, SpO₂ > 95% với FiO₂ ≤ 40%, Vt > 5ml/kg, EtCO₂ < 45 mmHg, có phản xạ ho nuốt và TOF ≥ 90% T1.

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu. Số liệu được lấy tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2019.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 bằng các thuật toán thống kê: Tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất với các biến định lượng, tỷ lệ % với biến định tính. Sử dụng test χ^2 để tìm sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi, giới, cân nặng, ASA

Nhóm		N0,5 (n = 37)	N1 (n = 37)	p
Đặc điểm				
Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD / (\text{Min} - \text{Max})$	73,43 ± 7,34 / 61-86	75,68 ± 7,57 / 60-90	> 0,05
Giới	Nam (%) / Nữ (%)	30 (81,1) / 7 (18,9)	30 (81,1) / 7 (18,9)	> 0,05
Cân nặng (kg)	$\bar{x} \pm SD / (\text{Min} - \text{Max})$	56,2 ± 6,8 / 45,0-74,0	56,1 ± 7,0 / 40-70	> 0,05
ASA	1 (%)	15 (40,5)	9 (24,3)	> 0,05
	2 (%)	21 (56,8)	26 (70,3)	
	3 (%)	1 (2,7)	2 (5,4)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, cân nặng và ASA giữa hai nhóm nghiên cứu với p > 0,05.

Bảng 3.2: Thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê dòng thấp

Nhóm		N0,5	N1	p
Thời gian (phút)				
Thời gian phẫu thuật	$\bar{x} \pm SD / (\text{Min} - \text{Max})$	162,73 ± 52,17 / 70-278	167,81 ± 50,35 / 65-300	> 0,05
Thời gian gây mê	$\bar{x} \pm SD / (\text{Min} - \text{Max})$	176,08 ± 54,75 / 80-295	180,03 ± 51,76 / 80-315	> 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê giữa 2 nhóm nghiên cứu với p > 0,05.

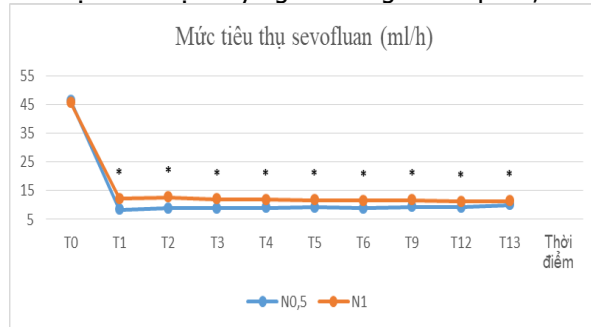
3.2. Mức tiêu thụ sevofluran khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 lít/ phút hoặc 1 lít/phút với ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi.

Bảng 3.3: Lượng sevofluran tiêu thụ trung bình (ml/phút)

Nhóm		N0,5	N1	p
Thông số	$\bar{x} \pm SD$ (Min – Max)	0,14 $\pm$ 0,03 0,09- 0,2	0,19 $\pm$ 0,05 0,08 - 0,29	< 0,001
Lượng sevofluran tiêu thụ trung bình (ml/phút)				

Nhận xét: Lượng sevofluran tiêu thụ trung bình của N0,5 thấp hơn N1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

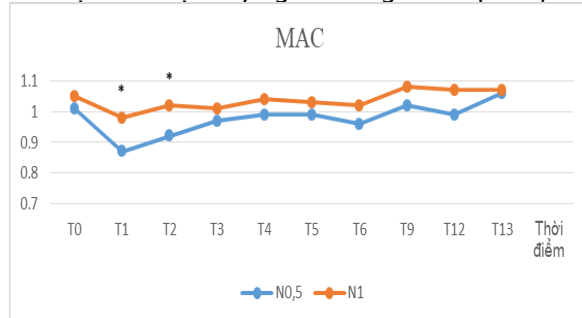
*Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 3.1. Mức tiêu thụ sevofluran tại các thời điểm nghiên cứu (ml/ giờ)

Nhận xét: Mức tiêu thụ sevofluran tại các thời điểm trong GMDT của N0,5 thấp hơn N1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

*Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 3.2. Thay đổi MAC tại các thời điểm nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Nghiên cứu trên 74 bệnh nhân được phẫu thuật ổ bụng dưới gây mê dòng thấp, được lựa chọn ngẫu nhiên chia thành 2 nhóm. Tuổi trung bình của N0,5 là $73,26 \pm 7,47$ tuổi, của N1 là $75,51 \pm 7,75$ tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phù hợp với nghiên cứu của tác giả Suttner và cộng sự khi nghiên cứu ảnh hưởng của gây mê dòng thấp với sevofluran và desfluran lên chức năng gan của NCT với độ tuổi trung bình là $77,5 \pm 6,1$ tuổi.

Trong cả 2 nhóm nghiên cứu, trên 80% bệnh nhân nghiên cứu là nam giới. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa 2 nhóm

nghiên cứu. Có lẽ do phẫu thuật của chúng tôi là các phẫu thuật ổ bụng, chủ yếu là phẫu thuật đường tiêu hóa, là những bệnh lý thường gặp trên nam giới nhiều hơn nữ giới. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Quốc Tuấn [1].

Cân nặng trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thấp hơn so với các tác giả Suttner và tác giả Chatrath. Tác giả Suttner và cộng sự nghiên cứu ảnh hưởng của gây mê dòng thấp lên chức năng gan của NCT, có cân nặng trung bình là 75,3 kg. Chatrath và cộng sự [4] nghiên cứu trên 50 bệnh nhân có cân nặng trung bình $66,36 \pm 6,68$ kg được gây mê dòng thấp bằng sevofluran. Như vậy, cân nặng trung bình của các bệnh nhân Châu Âu lớn hơn đáng kể so với các bệnh nhân Việt Nam.

Thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê của 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Suttner, GMDT trên các bệnh nhân cao tuổi, có thời gian phẫu thuật là 142 ± 56 phút, thời gian gây mê 194 phút.

Kết quả của chúng tôi phù hợp Atia và cộng sự [2] nghiên cứu về gây mê toàn thân kết hợp với gây tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật ổ bụng có thời gian phẫu thuật trung bình là $160,4 \pm 40,74$ phút.

4.2. Đánh giá mức tiêu thụ sevofluran khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 lít/ phút hoặc 1 lít/phút với ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi.

Gây mê dòng thấp đã được chứng minh có nhiều ưu điểm trong gây mê như duy trì độ mê ổn định, bảo tồn nhiệt và độ ẩm của khí thở vào, giúp tăng cường hồi phục sau phẫu thuật, đồng thời tiết kiệm thuốc mê và giảm thiểu ô nhiễm môi trường [8]. Vì vậy, việc sử dụng sevofluran trong GMDT ngày càng được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được gây mê cân bằng giữa các yếu tố độ mê, độ đau, độ giãn cơ giúp cho huyết áp, nhịp tim của bệnh nhân được ổn định hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về Entropy, SPI, TOF, nhịp tim và huyết áp giữa hai nhóm

ngiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức sevofluran tiêu thụ trung bình trong quá trình GMDT của nhóm N0,5 là $0,14 \pm 0,03$ ml/phút, thấp hơn nhóm N1 là $0,19 \pm 0,05$ ml/phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả này thấp hơn với tác giả Horwitz [7] khi nghiên cứu mức tiêu thụ desfluran và sevofluran trong gây mê dòng thấp với FGF 0,5 và 1 lít/phút, duy trì MAC trong mô 0,8. Cho kết quả, mức tiêu thụ sevofluran của FGF 0,5 lít/phút thấp hơn 19% so với FGF 1 lít/phút. Cụ thể lượng sevofluran tiêu thụ trong mô với dòng 0,5 lít/phút là 0,22 ml/phút và với dòng 1 lít/phút là 0,27 ml/phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,002$.

Kết quả của chúng tôi gần tương đồng với tác giả Venkatachalapathy khi nghiên cứu về những thay đổi trong thành phần khí khi GMDT trong thời gian 110 phút với FGF 0,6 lít/phút, $F_{D_{O_2}}$ 50%, MAC duy trì trong mô 1-1,2. Cho thấy, lượng sevofluran tiêu thụ trung bình là 16,3 ml/110 phút (0,15ml/ phút).

MAC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi dao động trong khoảng 0,8-1 MAC. Phù hợp với MAC để duy trì mê trong gây mê dòng thấp và trong phẫu thuật người cao tuổi. Tác giả Matsuura và cộng sự nghiên cứu mối liên quan của MAC và độ tuổi để duy trì BIS < 50 trong gây mê, cho thấy MAC tại các độ tuổi người trẻ (20 - 40 tuổi), trung niên (41 - 66 tuổi), người già (71 - 86 tuổi) tương ứng là 1,28 (1,24 - 1,32), 0,97 (0,89 - 1,05), 0,87 (0,84 - 0,90).

V. KẾT LUẬN

Gây mê dòng thấp với lưu lượng khí mới 0,5 lít/phút giúp giảm mức tiêu thụ thuốc mê sevofluran. Từ đó giảm chi phí gây mê và giảm ô nhiễm môi trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Tuấn (2013)**, Đánh giá chức năng lọc của thận khi gây mê vòng kín lưu lượng thấp trong phẫu thuật ổ bụng, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược 108.
2. **Atia A. and Abdel-Rahman K. (2016)**, "Combined Thoracic Epidural with General Anesthesia vs. General Anesthesia Alone for Major Abdominal Surgery: Anesthetic Requirements and Stress Response", J Anesth Clin Res 7:616.
3. **Braz J. R. C., Braz M. G., Hayashi Y., et al. (2017)**, "Effects of different fresh gas flows with or without a heat and moisture exchanger on inhaled gas humidity in adults undergoing general anaesthesia: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials", Eur J Anaesthesiol. 34(8), pp. 515-525.
4. **Chatrath V., Khetarpal R., Bansal D., et al. (2016)**, "Sevoflurane in low-flow anesthesia using "equilibration point"", Anesthesia, essays and researches. 10(2), pp. 284-290.
5. **Foldes F. F., Ceravolo A. J., and Carpenter S. L. (1952)**, "The Administration of Nitrous Oxide-oxygen Anesthesia in closed systems", Annals of Surgery. 136(6), pp. 978-981.
6. **Herbert L. and Magee P. (2017)**, "Circle systems and low-flow anaesthesia", BJA Education. 17(9), pp. 301-305.
7. **Horwitz M. and Jakobsson J. G. (2016)**, "Desflurane and sevoflurane use during low- and minimal-flow anesthesia at fixed vaporizer settings", Minerva Anesthesiol. 82(2), pp. 180-5.
8. **Kumar M., Sinha M., Karim H. M. R., et al. (2017)**, "Low flow anesthesia will gain eras (enhanced recovery after surgery)", Bali Journal of Anesthesiology. 1(3), pp. 51-54.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CLVT UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT Ở BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Đặng Vĩnh Hiệp*, Đinh Dương Tùng Anh**, Nguyễn Thành Lễ***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CLVT ung thư phổi nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,

**Đại học Y Dược Hải Phòng,

***Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 19/1/2020

Ngày duyệt bài: 1/2/2020

mô tả cắt ngang trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, từ tháng 01/2018 đến tháng 1/2019. Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu, rút ra được các giá trị của CLVT trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát. **Kết quả: Đặc điểm chung của đối tượng NC:** Nam/nữ=51/28 (1.8:1). Tuổi trung bình là $62,12 \pm 9,87$ (năm), lớn nhất 78, nhỏ nhất 29. **Đặc điểm hình ảnh CLVT của UTP:** Tổn thương khu trú ở 1 thùy phổi cao nhất 83,5%. Khối u có kích thước ≥ 5 cm chiếm tỉ lệ cao nhất 44,3%. Bờ tua gai lờm chồm có tỉ lệ cao nhất 55,7%. Mật độ đồng nhất chiếm 58,2%; Không đồng nhất 41,8%. Tỉ lệ vôi hoá 8,9%. Tỉ lệ khối u tạo hang là 17,7% trong đó chiều dày trung bình thành hang là $2,03 \pm 0,63$ mm (1,0-

3,0). Kích thước càng lớn thì bờ đa cung, tua gai càng cao, $p < 0,0001$. Mật độ không đồng nhất tăng dần theo kích thước khối u (từ 5,9% tăng lên 65,7%), có ý nghĩa thống kê $p < 0,0001$. Bắt thuốc cản quang mạnh ở 60,8% đối tượng nghiên cứu. Tổn thương xâm lấn nhu mô phổi có tỉ lệ cao nhất với 68,4%. Đánh giá TNM: T2 có tỉ lệ cao nhất với 41,8%, hạch N2 chiếm tỉ lệ 27,8%, di căn M1a chiếm 24,1%. **Kết luận:** CLVT có giá trị trong việc chẩn đoán sớm và định hướng chẩn đoán ung thư phổi.

Từ khóa: Ung thư phổi, CLVT.

SUMMARY

RESEARCH ON COMPUTER TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS OF PRIMARY LUNG CANCER IN PHAM NGOC THACH HOSPITAL

Purpose: Research on computer tomography characteristics of primary lung cancer. **Material and method:** Retrospectively and prospectively descriptive study in 79 primary lung cancer patients have been diagnosed and treated in Pham Ngoc Thach hospital from 01/2018 to 01/2019 with histopathological evidence. Valuation of MDCT in diagnosis lung cancer base on collection of patient and CT details base research form. **Results:** The general characteristic of the subject: Male/female=51/28 (1.8:1). Average of age 62. 12 ± 9.87 (years old), age range: 29-78 year olds. **CT features of primary lung cancer:** Localized lesions in single lobe were highest at 83.5%. Tumors size ≥ 5 cm was accounted for 44.3%. The Corona radiata sign was accounted for 55.7%. Uniform density was accounts for 58.2%; Heterogeneity was present in 41.8%. Calcification rate of 8.9%. Tumor with cavity was accounted for 17.7% and thickness of cavity was 2.03 ± 0.63 mm (1.0-3.0). The size and The bigger the size and the Corona radiata sign are relationship, high significance, $p < 0.0001$. Heterogeneous density increased gradually with tumor size (from 5.9% to 65.7%), high significance, $p < 0.0001$. High contrast enhancement was present in 60.8% of subjects. Invasive of lung parenchymal was 68.4%. TNM evaluation: T2 was at 41.8%, N2 lymph nodes accounted for 27.8%, M1a metastasis accounted for 24.1%. **Conclusion:** CT is good technique to early detection of lung cancer.

Keywords: Primary lung cancer, computer tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là nguyên nhân hàng đầu gây ung thư cho cả nam giới và phụ nữ ở Hoa Kỳ và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. Ung thư phổi (UTP) là u ác tính xuất phát từ biểu mô phế quản, tiểu phế quản tận, phế nang hoặc các tuyến phế quản [1]. Chẩn đoán UTP dựa vào giải phẫu bệnh (GPB), tuy nhiên để có kết quả GPB sớm và chính xác thì vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong tất cả các khâu từ sàng lọc, định hướng chẩn đoán, can thiệp chẩn đoán... là vô cùng quan trọng. Để làm được điều đó, vai trò của chẩn đoán hình ảnh (CDHA) nói chung và

cắt lớp vi tính (CLVT) nói riêng là rất quan trọng. Với sự phát triển ngày càng mạnh mẽ của các thể hệ máy về số lát cắt, đầu thu và các công nghệ xử lý để giảm liều tia nhưng vẫn đảm bảo về chất lượng thì CLVT thực sự đã trở thành phương tiện hữu ích cho việc tầm soát UTP. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch đã trang bị hệ thống máy CLVT 32 dãy, là phương tiện hiện đại cho việc tầm soát, định hướng chẩn đoán và phát hiện sớm UTP. Tại Việt Nam, tuy đã có khá nhiều NC về CLVT trong chẩn đoán UTP nhưng chưa có số liệu thống kê một cách cụ thể và chi tiết về giá trị của các đặc điểm hình ảnh CLVT trong UTP, nhằm mục đích cung cấp thêm các dữ liệu có ích và đánh giá một số đặc điểm của bệnh lý UTP, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CLVT ung thư phổi nguyên phát ở Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, từ tháng 01/2018 đến tháng 1/2019, có giải phẫu bệnh chẩn đoán là Ung thư phổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có tuổi từ 18 trở lên, đồng ý tham gia NC.

- Có phim chụp CLVT lồng ngực đúng quy trình và được lưu hồ sơ đầy đủ tại BV Phạm Ngọc Thạch, kết quả giải phẫu bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đầy đủ và BN không đồng ý tham gia NC.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang.

Quy trình nghiên cứu: Các BN được chụp phim CLVT ngực, sau khi có kết quả can thiệp chẩn đoán, có kết quả GPB chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát và thỏa các tiêu chí nghiên cứu, được đưa vào đối tượng nghiên cứu lưu giữ riêng về lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Thu thập số liệu nghiên cứu vào mẫu bệnh án nghiên cứu được chuẩn bị sẵn và thống nhất cho tất cả các đối tượng nghiên cứu.

Ghi nhận, đánh giá các đặc điểm hình ảnh, đo đặc kích thước khối u (đường kính lớn nhất) và khoảng cách khối u tới thành ngực sử dụng phần mềm Efilm.

Phân tích số liệu: Theo phần mềm SPSS 26.0 (2018).

Kiểm định sự khác biệt giữa hai biến định

lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm T test, hai biến không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann Whitney.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 79 bệnh nhân được xác định chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát bằng mô bệnh học và được điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Thành phố Hồ Chí Minh. Rút ra một số kết quả NC như sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nam/nữ=51/28 (1.8/1). Tuổi trung bình là 62,12±9,87 (năm), lớn nhất 78, nhỏ nhất 29.

2. Đặc điểm hình ảnh CLVT của UTP

Bảng 1. Số lượng thùy phổi bị tổn thương

Số lượng thùy phổi	Số lượng (n=79)	Tỉ lệ (%)
Cả hai phổi (6 thùy)	6	7,6
Cả 3 thùy phổi phải	2	2,5
2 thùy phổi trái	5	6,3
1 thùy phổi	66	83,5
TB±ĐLC	1,54±1,44	

Nhận xét: Tổn thương khu trú ở 1 thùy phổi cao nhất 83,5%. Tổn thương ở 2 thùy phổi trái là 6,3% và 3 thùy phổi phải có tỉ lệ 2,5%. Có 06 trường hợp có tổn thương ở cả 6 thùy của phổi 7,6%. Trung bình có 1,54±1,44 thùy phổi bị tổn thương trên một đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm kích thước khối u, đường bờ và mật độ theo kích thước khối u

Đường bờ	< 3 cm (n=17)		3 - 5 cm (n=27)		≥ 5 cm (n=35)		p
	n	%	n	%	n	%	
Rõ, tròn nhẵn	10	66,7	3	20,0	2	13,3	0,000
Đa cung	1	5,0	10	50,0	9	45,0	
Tua gai, lồi chồm	6	13,6	14	31,8	24	54,5	
Đồng nhất	16	94,1	18	66,7	12	34,3	
Không đồng nhất	1	5,9	9	33,3	23	65,7	000
Vôi hoá	0	0	1	3,7	6	17,1	-
Hang	1	5,9	1	3,7	12	34,3	-

Nhận xét: Khối u có kích thước ≥ 5 cm chiếm tỉ lệ cao nhất 44,3%. Về đường bờ của khối u: Bờ tua gai lồi chồm có tỉ lệ cao nhất 55,7%. Tiếp đến là bờ đa cung 25,3%. Bờ tròn rõ 19%. Về mật độ: Mật độ đồng nhất chiếm 58,2%; Không đồng nhất 41,8%. Tỉ lệ vôi hoá 8,9%. Tỉ lệ khối u tạo hang là 17,7% trong đó chiều dày trung bình thành hang là 2,03±0,63mm (1,0-3,0). Kích thước càng lớn thì bờ đa cung, tua gai càng cao, p<0,0001. Ở nhóm > 5cm vôi hoá 17,1%; tạo hang 34,3%. Mật độ không đồng nhất tăng dần theo kích thước khối u (từ 5,9% tăng lên 65,7%), trong khi đó tỉ lệ mật độ đồng nhất tỉ lệ nghịch với tăng kích thước khối u (từ 94,1% giảm xuống còn 34,3%) có ý nghĩa thống kê p<0,0001.

Bảng 3: Đặc điểm bắt thuốc cản quang, xâm lấn của u và đặc điểm hạch trung thất

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ bắt thuốc	Bắt thuốc mạnh	48	60,8
	Bắt thuốc trung bình	27	34,2
	Bắt thuốc yếu	4	5,1
	Nhu mô phổi	54	68,4
Mức độ xâm lấn	Phế quản	24	30,4
	Màng phổi	7	8,9
	Màng tim	1	1,3
	Hủy xương thành ngực	2	2,5

Nhận xét: Bắt thuốc cản quang mạnh ở 60,8% đối tượng nghiên cứu. Tổn thương xâm

lấn nhu mô phổi có tỉ lệ cao nhất với 68,4%; tiếp đến là xâm lấn phế quản với 30,4%; xâm lấn màng phổi 8,9%; xâm lấn màng tim 1,3% và hủy xương thành ngực 2,5%.

Bảng 4. Hạch ở phổi và trung thất

Vị trí	Số lượng (n=79)	Tỉ lệ (%)
Trung thất	23	29,1
Rốn phổi	1	1,3
Trung thất + rốn phổi	1	1,3
Carina + rốn phổi	1	1,3

Nhận xét: Hạch trung thất có tỉ lệ cao nhất 29,1%.

Bảng 5. Phân loại TNM theo AJCC 7th

TNM			Số lượng (n=79)	Tỉ lệ (%)
T	T1	T1a	6	7,6
		T1b	4	5,1
	T2	T2a	16	20,3
		T2b	17	21,5
	T3		14	17,7
N	T4		22	27,8
	N0		54	68,4
	N1		1	1,3
	N2		22	27,8
	N3		2	2,5
M	M0		59	74,7
	M1a		19	24,1
	M1b		1	1,3

Nhận xét: T2 có tỉ lệ cao nhất với 41,8%; trong đó T2a chiếm 20,3% và T2b chiếm 21,5%. Tiếp đến T4 với tỉ lệ 27,8% ở đối tượng nghiên cứu. T3 chiếm tỉ lệ 17,7% và thấp nhất là T1 với 12,7% cho cả hai giai đoạn T1a và T1b. Hạch N2 chiếm tỉ lệ 27,8%. Di căn M1a chiếm 24,1%

Bảng 6: Phân loại giai đoạn dựa trên TNM theo AJCC 7th

Giai đoạn		Số lượng (n=79)	Tỉ lệ (%)
I	Ia	9	11,4
	Ib	11	13,9
II	IIa	13	16,5
	IIb	11	13,9
III	IIIa	13	16,5
	IIIb	2	2,5
IV		20	25,3

Nhận xét: Giai đoạn IV ở đối tượng nghiên cứu chiếm tỉ lệ 25,3%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung: Theo công bố của WHO về Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (GLOBOCAN) năm 2018 thì trên thế giới cũng như tại Việt Nam, UTP đã vươn lên đứng hàng thứ hai, hay gặp ở nam giới. NC của chúng tôi phù hợp với kết luận trên và của tác giả Cung Văn Công (2015) [1-2].

2. Đặc điểm hình ảnh CLVT của UTP

Đại đa số u có kích thước lớn trên phim CLVT, với khối U > 3cm chiếm gần 75 %, trong đó khối U > 5cm chiếm 44,5%. NC của chúng tôi tương đồng với tác giả Cung Văn Công (2015), điều này có thể giải thích do BN thường đến viện muộn. Đường kính u phổi ác tính có ảnh hưởng lớn tới tiên lượng bệnh. Khối u có đường kính nhỏ thường có tiên lượng tốt hơn. Theo Wisnivesky, khối u đường kính dưới 15mm thì tỷ lệ bệnh giai đoạn I là 54% so với 46% nếu đường kính từ 16 đến 25mm, 34% nếu đường kính từ 26 đến 35mm, 25% nếu đường kính 36 đến 45mm và 15% nếu đường kính trên 45mm [2-3].

Trong NC của chúng tôi cho thấy đa số khối u thường gặp ở một thùy phổi với 83,5% các trường hợp. Ung thư phổi hay gặp ở phổi phải hơn phổi trái, ưu thế ở thùy trên là kết quả đã được nhắc tới nhiều trong các nghiên cứu trong và ngoài nước. Một số nghiên cứu cũng cho thấy đây là một trong các yếu tố tiên lượng về mặt hình ảnh của nốt ác tính ở phổi (cùng với dấu hiệu bờ tua gai và đường kính). Vị trí u ở thùy trên cũng được sử dụng trong một số mô hình đánh giá nguy cơ ác tính của nốt đơn độc ở phổi [2-4].

Đặc điểm đường bờ khối u cho thấy bờ tua

gai là thường gặp nhất với 55,4% các trường hợp. NC của chúng tôi tương đồng với kết quả NC của tác giả Cung Văn Công (2015) và Dấu hiệu được mô tả là xuất hiện hình ảnh các dải tăng tỉ trọng mảnh từ bờ tổn thương lan ra nhu mô phổi xung quanh. Về mặt mô bệnh học, hình ảnh bờ tua gai phản ánh hiện tượng cơ kéo tổ chức kẽ liên tiểu thùy về phía khối u. Dấu hiệu bờ tua gai rất có giá trị trong chẩn đoán UTP, mặc dù dấu hiệu này cũng có thể gặp trong mô số các tổn thương lành tính khác như viêm phổi tổ chức hóa, u lao hay trong các khối xơ hóa trong bệnh phổi silicosis [2-5].

Mật độ theo kích thước khối u kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mật độ đồng nhất giảm dần tỉ lệ nghịch với tăng kích thước khối u với tỉ lệ giảm từ 94,1% xuống 34,3% tương ứng với tăng kích thước khối u từ < 3cm lên > 5cm. Ở nhóm >5cm vôi hóa 17,1% và tạo hang 34,3% điều này chứng tỏ mức độ phát triển của tổn thương cũng như thời gian xuất hiện đã lâu. Nhiều tác giả cho rằng do sự phát triển của khối u, sự tăng sinh mạch máu, hoại tử khối u gây ra ở giai đoạn muộn, trong khi giai đoạn sớm thì mật độ khối u thường đồng nhất, chưa có sự hoại tử khối u cũng như sự vôi hóa [6].

Trong NC của chúng tôi đa số thấy khối u ngấm thuốc mạnh với 60,8%. Mức độ ngấm thuốc của khối u phản ánh tình trạng tăng sinh mạch trong các tổn thương ác tính. Trong nghiên cứu đa trung tâm của Swensens và cs (2000), tác giả nhận thấy thông thường các nốt ác tính ngấm thuốc trên 20HU trong khi các nốt lành tính chỉ ngấm dưới 15HU. Khi dùng mốc 15 HU để phân biệt tình trạng ngấm thuốc cản quang của khối u lành tính và ác tính thì đạt độ nhạy 98%, độ đặc hiệu 58%, độ chính xác 77% và giá trị chẩn đoán âm tính 96% [7].

Chẩn đoán có hay không có xâm lấn màng phổi và thành ngực với những khối u ở ngoại biên liên quan trực tiếp tới chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên phẫu thuật chỉ bị chống chỉ định với các khối u đã xâm lấn rộng vào thành ngực. Mặc dù vậy việc chẩn đoán xâm lấn thành ngực là không dễ trên CLVT. Hai dấu hiệu có thể giúp khẳng định xâm lấn là hình ảnh hủy xương thành ngực hoặc xâm lấn tạo khối. Các dấu hiệu khác có giá trị gồm xâm lấn xóa lớp mỡ ngoài màng phổi (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 85%), tỉ lệ đường kính u và diện tiếp xúc thành ngực >0,9 (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 80%) [5].

Đường kính trục ngắn hạch trung thất >10mm được sử dụng rộng rãi như là mốc tham chiếu để chẩn đoán hạch lớn bất thường trung

thất trên CLVT. Các kỹ thuật chụp CLVT gần đây đã cải thiện độ nhạy và độ đặc hiệu khả năng phát hiện hạch trung thất. Ngoài việc đánh giá về kích thước thì dấu hiệu hoại tử trung tâm hạch và thâm nhiễm tổ chức mỡ quanh hạch là các dấu hiệu cần quan tâm khi đánh giá hạch trung thất [2-5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần BN UTP đều chủ yếu ở giai đoạn T2, N0, M0, điều này khác biệt với kết quả nghiên cứu của tác giả Cung Văn Công năm 2015 [2]. CLVT vẫn đóng vai trò rất quan trọng trong việc phân loại giai đoạn TNM với các BN UTP. Hiện nay chụp CLVT rất phổ biến và có thể được thực hiện được ở hầu hết các trung tâm y tế từ tuyến tỉnh trở lên. CLVT cung cấp những hình ảnh trên mặt cắt ngang 2D với độ chi tiết rất cao và giúp cho việc đo đạc và phân loại u rất dễ dàng. Đặc biệt với các thể hệ máy đa dãy đầu thu hiện nay độ phân giải cao hơn kết hợp kỹ thuật tái tạo, dựng ảnh đa hướng đã giúp làm tăng độ chính xác trong đánh giá kích thước T và vấn đề chẩn đoán các tổn thương xâm lấn thành ngực, trung thất hoặc lan tràn qua rãnh liên thùy. Chụp CLVT có tiềm năng cao vẫn là phương pháp chẩn đoán được sử dụng phổ biến nhất trong đánh giá di căn hạch trung thất ở các BN UTP do giá rẻ, tính phổ biến, khả năng đánh giá giai đoạn T kết hợp. Việc tầm soát di căn xa bằng CLVT chỉ nên được đặt ra khi BN có những dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ gây ra bởi tổn thương di căn.

V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi (UTP) là nguyên nhân hàng đầu gây ung thư cho cả nam giới và phụ nữ ở Hoa Kỳ và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. CLVT là phương tiện không xâm lấn rất có giá trị trong việc định hướng chẩn đoán, phân giai đoạn UTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram, et al** (2018), "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA CANCER J CLIN 2018;0:1-31.
2. **Cung Văn Công (2015)**, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu ngực trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát ở người lớn", Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược Lâm sàng 108.
3. **Wisnivesky, J.P., D. Yankelevitz, and C.I. Henschke, (2005)**, "Stage of lung cancer in relation to its size: part 2. Evidence", Chest, 127(4), pp. 1136-1139.
4. **Winer-Muram, H.T., (2006)**, "The solitary pulmonary nodule", Radiology, 239(1), pp. 34-49.
5. **W. Richard Webb and Charles B. Higgins, (2011)**, "Thoracic imaging - Cardiovascular radiology, 2nd ed."
6. **Lederlin, M., et al., (2013)**, "Correlation of radio- and histomorphological pattern of pulmonary adenocarcinoma", Eur Respir J, 41(4), pp. 943-951.
7. **Swensen, S.J., et al., (2000)**, "Lung nodule enhancement at CT: multicenter study", Radiology, 214(1), pp. 73-80.

NHẬN XÉT MỘT SỐ CHỈ SỐ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT GIẢM THỂ TÍCH PHỔI

Nguyễn Trường Giang¹, Lê Minh Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số biến đổi các chỉ số khí máu động mạch trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau điều trị phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng: Gồm 31 bệnh nhân nam được chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, có khí phế thũng nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi tại khoa

Ngoại lồng ngực, bệnh viện Quân y 103 từ năm 2014 đến 2018. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang một số chỉ số khí máu động mạch ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với khí phế thũng nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. **Kết quả và kết luận:** Có 48,39% BN giảm PaO₂ và 22,58% BN tăng PaCO₂ máu động mạch. Mức độ thay đổi PaO₂, PaCO₂, SaO₂ không có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng so với trước phẫu thuật ($p > 0,05$). Có chỉ số PaO₂ máu động mạch tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở thời điểm tháng thứ 3 và 6 sau phẫu thuật so với 1 tháng sau phẫu thuật; Giảm chỉ số PaCO₂ và tăng chỉ số SaO₂ trong máu động mạch không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở các thời điểm sau phẫu thuật 3, 6 tháng so với thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng. Tăng PaO₂ (64,53% BN; 67,74% BN và 70,97% BN tăng ở các thời điểm tương ứng 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật). Có 54,84% BN,

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang

Email: truonggiang.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 12/2/2020

Ngày duyệt bài: 25/2/2020

51,61% BN và 54,84% BN tương ứng ở các thời điểm sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng có giảm PaCO₂.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), cắt giảm thể tích phổi (LVRS), khí máu động mạch.

SUMMARY

REMARK ON SOME PARAMETERS OF ARTERIAL BLOOD GASES ON PATIENTS WITH CHRONIC OPSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE BEFORE AND AFTER LUNG VOLUME REDUCTION SURGERY

Objective: Comment on some changes of arterial blood gas indices in patients with chronic obstructive pulmonary disease before and after lung volume reduction surgery. **Object and method:** Subjects: 31 male patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease with severe emphysema undergoing lung volume reduction surgery at department of Thoracic Surgery, 103 Military Hospital from 2014 to 2018. Methods: The cross-sectional descriptive study of arterial blood gas indices on patients with chronic obstructive pulmonary disease with severe emphysema undergoing lung volume reduction surgery. **Results and conclusion:** There were 48.39% of patients with decreased PaO₂ and 22.58% of patients with increased PaCO₂ in arterial blood. The changes of PaO₂, PaCO₂, SaO₂ were not statistically significant at 1st month postoperative time compared to before surgery ($p > 0.05$). There were statistically significant increase of arterial blood PaO₂ ($p < 0.05$) at the 3rd and 6th months after surgery compared with 1st month after surgery; The reduction of PaCO₂ and increase of SaO₂ in arterial blood were not statistically significant ($p > 0.05$) after surgery of 3rd, 6th months compared to 1st month after surgery. Increased PaO₂ (64.53% of patients; 67.74% of patients and 70.97% of patients increased at the corresponding time of 1st month, 3rd month and 6th month after surgery). There were 54.84% of patients, 51.61% of patients and 54.84% of patients, respectively, 1st, 3rd and 6th months after surgery with the decrease of PaCO₂ in blood gas.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lung volume reduction surgery (LVRS), arterial blood gases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của GOLD (2019), cho thấy COPD hiện đang đứng thứ 4 trong số các nguyên nhân gây tử vong trên toàn thế giới, ước tính đến năm 2020 sẽ xếp thứ 3 trong số các nguyên nhân này. Riêng năm 2012, đã có trên 3 triệu người chết do COPD, chiếm 6% tổng số ca tử vong trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuyên (2010) được thực hiện trên 25,000 đối tượng từ 15 tuổi trở lên, tại 70 điểm thuộc 48 tỉnh trên cả nước cho thấy tỷ lệ mắc COPD trên cả nước là 2,2%, ở nam giới là 3,4%, nữ giới là 1,1%, chủ yếu gặp ở nhóm tuổi từ 40 trở lên (4,2%) [2].

Phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi (Lung

Volume Reduction Surgery) là phương pháp phẫu thuật tiến hành cắt bỏ phần phổi khí phế thũng, làm tăng độ đàn hồi cho phần phổi ít tổn thương, nhằm cải thiện chức năng, giảm các triệu chứng khó thở, tăng khả năng vận động của các bệnh nhân [1], [3].

Khí máu động mạch được coi như là những chỉ số quan trọng trong xem xét chỉ định phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi và theo dõi kết quả sau điều trị phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước chưa có những đánh giá về các chỉ số khí máu động mạch trên những bệnh nhân (BN) mắc BPTNMT trước và sau điều trị bằng phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhận xét một số biến đổi các chỉ số khí máu động mạch trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau điều trị phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 31 bệnh nhân nam được chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, có khí phế thũng nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi tại khoa Ngoại lồng ngực, bệnh viện Quân y 103 từ năm 2014 đến 2018. Các BN được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt giảm thể tích phổi, theo dõi và kiểm tra đánh giá sau phẫu thuật theo một qui trình thống nhất.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi

Chỉ định phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi theo NETT (2011) [4]:

- + Bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định.
- + Bệnh nhân đã bỏ thuốc lá trên 4 tháng.
- + BMI < 31,1 ở nam giới và < 32,3 ở nữ giới.
- + PaCO₂ ≤ 60 mmHg và PaO₂ ≥ 45 mmHg.
- + CLVT có KPT nặng.
- + RV ≥ 150% so với lý thuyết, TLC ≥ 100% so với lý thuyết đo bằng phương pháp đo thể tích ký thân.
- + Chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim > 45%.

- Bệnh nhân và gia đình được giải thích rõ ràng về bệnh, về phẫu thuật nội soi cắt giảm thể tích phổi và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án (bệnh án phải đáp ứng được các yêu cầu của nghiên cứu).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi theo NETT (2011) [4]:

- + CT có bằng chứng KPT lan tỏa không phù

hợp phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi.

- + Có tiền sử phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi.
- + Bệnh màng phổi hoặc bệnh phổi kẽ ngăn cản phẫu thuật.
- + Kén khí to trên 1/3 thể tích phổi.
- + Giãn phế quản có biểu hiện trên lâm sàng.
- + Nốt phổi cản phẫu thuật.
- + Phẫu thuật cửa xương ức hoặc cắt thùy phổi trước đó.
- + Nhồi máu cơ tim 6 tháng gần đây và EF < 45%.
- + Suy tim ứ huyết 6 tháng gần đây và EF < 45%.
- + Tăng huyết áp không kiểm soát với huyết áp tâm thu trên 200 mmHg hoặc huyết áp tâm trương trên 110 mmHg.
- + Cao áp phổi trên 45mmHg trên siêu âm tim.
- + Sụt cân trên 10% trọng lượng cơ thể trong 90 ngày không tìm được nguyên nhân.
- + Đợt cấp của BPTNMT.
- + Đang dùng trên 20 mg prednisolon/ngày hoặc tương đương.
- + Có tiền sử ngất liên quan đến tập thể dục.
- + Nhịp tim chậm dưới 50 lần/phút.
- + Rối loạn nhịp nguy cơ cao trong kiểm tra và tập luyện.
- + Khoảng cách đi bộ 6 phút dưới 140 mét.
- + Đang phải thở oxy 6 lít/phút để duy trì độ bão hòa oxy mao mạch trên 90%.

- Bệnh nhân hiện có mắc các bệnh hô hấp khác: Bệnh lao phổi, ung thư, hen phế quản.... [5].
- Bệnh nhân có chống chỉ định đo chức năng hô hấp: mới nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi, tràn khí màng phổi, suy tim nặng, hạn chế về nhận thức không hợp tác
- Bệnh nhân từ chối tham gia vào nhóm nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang một số chỉ số khí máu động mạch ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với khí phế thũng nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. So sánh sự biến đổi các chỉ số khí máu động mạch ở các thời điểm trước và sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. Các chỉ số nghiên cứu gồm: PaO₂ (mmHg), PaCO₂ (mmHg), SaO₂ (%), pH tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 và Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Giá trị các thông số khí máu động mạch

Thông số	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
PaO ₂ (mmHg)	81,55 ± 10,66	55	99
PaCO ₂ (mmHg)	39,87 ± 6,41	30	53
SaO ₂ (%)	95,29 ± 2,91	84	98
pH	7,39 ± 0,06	7,23	7,46

Nhận xét: - Giá trị trung bình của PaO₂ và PaCO₂ máu động lần lượt là 81,55 ± 10,66 mmHg và 39,87 ± 6,41 mmHg.

- Giá trị trung bình của SaO₂ và pH nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn khí máu động mạch

Đặc điểm rối loạn	Số lượng (n = 31)	Tỷ lệ (%)
Giảm O ₂ máu động mạch	15	48,39
Tăng CO ₂ máu động mạch	7	22,58
Suy hô hấp:	6	19,35
- Suy hô hấp một phần	4	12,90
- Suy hô hấp toàn bộ	2	6,45

Nhận xét:- Có 15 BN (48,39%) giảm O₂ máu động mạch nhưng chỉ có 7 BN (22,58%) tăng CO₂ máu động mạch.

- Có 6 BN (19,35%) suy hô hấp, trong đó 4 BN (12,90%) suy hô hấp một phần và 2 BN (6,45%) suy hô hấp toàn bộ.

Bảng 3. Thay đổi các thông số khí máu động mạch sau 1 tháng phẫu thuật

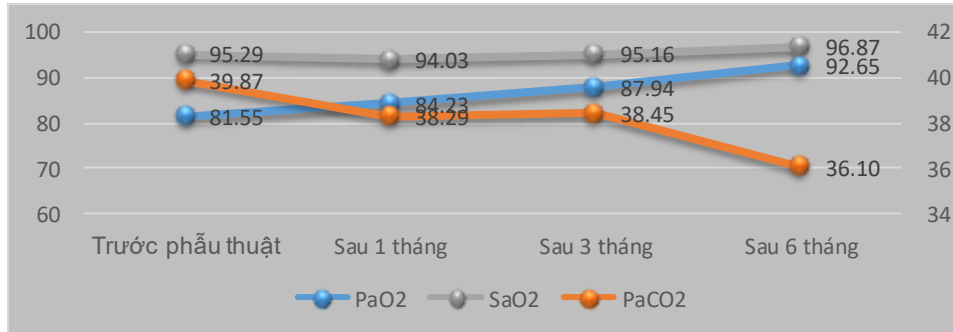
Thông số ($\bar{X} \pm SD$)	Trước phẫu thuật	Sau 1 tháng	p
PaO ₂ (mmHg)	81,55 ± 10,66	84,23 ± 9,66	>0,05
Thay đổi so với trước phẫu thuật		2,68 ± 12,67	
PaCO ₂ (mmHg)	39,87 ± 6,41	38,29 ± 5,41	>0,05
Thay đổi so với trước phẫu thuật		- 1,58 ± 6,46	
SaO ₂ (%)	95,29 ± 2,91	94,03 ± 9,41	>0,05
Thay đổi so với trước phẫu thuật		- 1,26 ± 10,19	

Nhận xét: Tại thời điểm theo dõi 1 tháng sau phẫu thuật, mức độ thay đổi PaO₂, PaCO₂, SaO₂ không có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (p > 0,05).

Bảng 4. Thay đổi các thông số khí máu động mạch sau phẫu thuật

Thông số ($\bar{X} \pm SD$)	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	p
PaO ₂ (mmHg)	84,23 ± 9,66	87,94 ± 11,23	92,65 ± 5,70	p1-3 < 0,05
Thay đổi		3,71 ± 10,62	8,42 ± 10,31	p1-6 < 0,05
PaCO ₂ (mmHg)	38,29 ± 5,41	38,45 ± 5,27	36,10 ± 4,95	p1-3 > 0,05
Thay đổi		0,16 ± 6,48	- 2,19 ± 6,06	p1-6 > 0,05
SaO ₂ (%)	94,03 ± 9,41	95,16 ± 9,47	96,87 ± 1,75	p1-3 > 0,05
Thay đổi		1,13 ± 13,40	2,84 ± 9,54	p1-6 > 0,05

Nhận xét: - Các thông số khí máu động mạch tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng so với 1 tháng sau phẫu thuật thì chỉ có PaO₂ tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); còn sự giảm PaCO₂ và sự tăng SaO₂ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Các thông số khí máu động mạch trước và sau phẫu thuật

Bảng 5. Mức độ thay đổi các thông số khí máu động mạch sau phẫu thuật

So với trước phẫu thuật	Sau 1 tháng (n = 31)		Sau 3 tháng (n = 31)		Sau 6 tháng (n = 31)	
	n	%	n	%	n	%
PaO₂: Tăng	20	64,52	21	67,74	22	70,97
Không thay đổi	11	35,48	10	32,26	9	29,03
PaCO₂: Không thay đổi	14	45,16	15	48,39	14	45,16
Giảm	17	54,84	16	51,61	17	54,84

Nhận xét: Tại các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật phần lớn bệnh nhân tăng PaO₂ (64,53% BN; 67,74% BN và 70,97% BN tăng ở các thời điểm tương ứng 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng). Có 54,84% BN lúc 1 tháng; 51,61% BN lúc 3 tháng và 54,84% BN lúc 6 tháng giảm PaCO₂.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các chỉ số khí máu động mạch. Kết quả nghiên cứu khí máu động mạch chỉ ra, có sự giảm so với bình thường giá trị trung bình của PaO₂ ($81,55 \pm 10,66$ mmHg). Ngược lại, giá trị trung bình của PaCO₂ ở mức giới hạn cao của giá trị bình thường ($39,87 \pm 6,41$ mmHg). Giá trị trung bình của SaO₂ và pH máu động mạch trong giới hạn bình thường. Có 48,39% BN giảm O₂ máu động mạch và BN có tăng CO₂ máu động mạch chiếm tỷ lệ 22,58%. Có 6 BN suy hô hấp, trong đó 4 BN suy hô hấp một phần và 2 BN suy hô hấp toàn bộ. Đặc điểm này phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu, là những BN chủ yếu giai đoạn nặng của BPTNMT.

Nghiên cứu của Đào Ngọc Bằng (2019), giá trị trung bình của PaO₂ là $75,36 \pm 12,13$ mmHg; trong khi giá trị trung bình của PaCO₂ là $43,56 \pm 7,45$ mmHg. Có 65,15% BN giảm O₂ máu động mạch; 30,3% BN tăng CO₂ và 9,09% BN có suy hô hấp [6].

Tác giả Kitaguchi, Y. và CS (2006) cho thấy, các BN BPTNMT đều có PaO₂ trung bình giảm, trong đó nhóm BN có KPT không kết hợp với dày thành phế quản có PaO₂ trung bình thấp nhất [7]. Nghiên cứu của Sterman, D.H. và CS (2010), giá trị PaO₂ máu động mạch trung bình của các BN nghiên cứu thấp ($68,29 \pm 9,05$ mmHg) trong

khí PaCO₂ trung bình là $40,45 \pm 4,96$ mmHg [8].

2. Thay đổi các chỉ số khí máu động mạch sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. Tại thời điểm theo dõi 1 tháng sau phẫu thuật, mức độ tăng PaO₂ không có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật ($p > 0,05$). Tuy nhiên, mức độ giảm PaCO₂ so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tại các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật phần lớn bệnh nhân tăng PaO₂ (64,53% BN; 67,74% BN và 70,97% BN tăng ở các thời điểm tương ứng 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng). Có 54,84% BN lúc 1 tháng; 51,61% BN lúc 3 tháng và 54,84% BN lúc 6 tháng giảm PaCO₂. Các thông số khí máu động mạch tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng so với 1 tháng sau phẫu thuật thì chỉ có PaO₂ tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); còn sự giảm PaCO₂ và sự tăng SaO₂ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của các tác giả nước ngoài. Phân tích chỉ số khí máu động mạch sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi 3 tháng lúc nghỉ ngơi và lúc hoạt động thể lực Benditt, J. O. và CS (1997) cho kết quả chỉ số PaCO₂ giảm có ý nghĩa ($p < 0,05$) cả lúc nghỉ ngơi và lúc hoạt động thể lực; trong khi đó PaO₂ tăng không có ý nghĩa thống kê lúc nghỉ ngơi ($p > 0,05$) nhưng tăng có ý nghĩa thống kê khi hoạt động thể lực

($p < 0,05$). Tương tự, Ciccone, A. M. và CS (2003) nhận thấy có sự cải thiện chỉ số PaO_2 và PaCO_2 ở tất cả các thời điểm 6 tháng, 1 năm, 3 năm và 5 năm sau phẫu thuật. Trong khi đó nghiên cứu của Caviezel, C. và CS (2018) nhận thấy sự thay đổi của PaO_2 và PaCO_2 sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi ở cả 2 nhóm áp phổi trên 35 mmHg và áp phổi dưới 35 mmHg không đáng kể ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Có 48,39% BN giảm PaO_2 và 22,58% BN tăng PaCO_2 máu động mạch.
- Mức độ thay đổi PaO_2 , PaCO_2 , SaO_2 không có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng so với trước phẫu thuật ($p > 0,05$).
- Có chỉ số PaO_2 máu động mạch tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở thời điểm tháng thứ 3 và 6 sau phẫu thuật so với 1 tháng sau phẫu thuật; Giảm chỉ số PaCO_2 và tăng chỉ số SaO_2 trong máu động mạch không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở các thời điểm sau phẫu thuật 3, 6 tháng so với thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng.
- Tăng PaO_2 (64,53% BN; 67,74% BN và 70,97% BN tăng ở các thời điểm tương ứng 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật).
- Có 54,84% BN, 51,61% BN và 54,84% BN tương ứng ở các thời điểm sau phẫu thuật 1, 3

và 6 tháng có giảm PaCO_2 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease** (2019). Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention (A guide for health care professionals 2019 edition).
2. **Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Việt Nhung và cs** (2010). Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam. Tạp chí Y học Thực hành, 2(704): 8 - 11.
3. **Eberhardt R, Gompelmann D., Herth F.** (2013). Endoscopic lung volume reduction. Ann Am Thorax Soc, 10(6): 657 - 666.
4. **Criner G. J., Cordova F., Sternberg A. L., et al.** (2011). The National Emphysema Treatment Trial (NETT) Part II: Lessons learned about lung volume reduction surgery. Am J Respir Crit Care Med, 184(8): 881-93.
5. **Cooper Brendan G.** (2011). An update on contraindications for lung function testing. Thorax, 66(8): 714.
6. **Đào Ngọc Bằng** (2019). Nghiên cứu hiệu quả điều trị giảm thể tích phổi qua nội soi phế quản bằng van một chiều ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y.
7. **Kitaguchi Y., Fujimoto K., Kubo K., et al.** (2006). Characteristics of COPD phenotypes classified according to the findings of HRCT. Respir Med, 100(10): 1742-52.
8. **Sterman D. H., Mehta A. C., Wood D. E., et al.** (2010). A multicenter pilot study of a bronchial valve for the treatment of severe emphysema. Respiration, 79(3): 222-33.

THÓI QUEN THỞ MIỆNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 5 TUỔI

Ngô Việt Thành*, Lê Thị Thu Hằng*, Mai Thu Quỳnh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ trẻ có thói quen thở miệng và đánh giá một số yếu tố liên quan tới thói quen này trên một nhóm trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên. 354 trẻ được khám lâm sàng, phụ huynh trẻ được phỏng vấn trực tiếp theo bảng 11 câu hỏi tại 3 trường mầm non Quyết Thắng, Thịnh Đán và Đồng Quang. Kết quả nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ trẻ có thói quen thở miệng là 20,3%, các yếu tố liên quan tới thói quen này là: ngạt mũi khi ngủ, ngạt mũi ban ngày, hay bị hắt xì, hay bị chảy mũi, thường xuyên đau họng và thường xuyên há miệng vào ban ngày ($p < 0,001$). Cần thiết phải có những biện pháp kiểm soát thói quen thở miệng và dự phòng những hậu quả của thói quen này.

Từ khóa: Thói quen thở miệng, yếu tố liên quan, trẻ 5 tuổi.

SUMMARY

MOUTH BREATHING HABIT AND THE FACTORS IN 5 YEARS OL CHILDREN

A cross-sectional study was conducted in order to evaluate the proportion and factors of mouth breathing habit in 5 years old children in Thai Nguyen. 354 five years old children were examined and their parents were face to face interviewed based on the questionnaire at 3 kindergartens named Quyet Thang, Thinh Dan and Dong Quang. The results indentified that the percentage of mouth breathing habit was 20.3%, the factors affecting this habit were: nasal congestion while sleeping, nasal congestion during the day, often sneezing, often having runny nose, often having sore throat and opening mouth during the day ($p < 0.001$). It is necessary to have the solutions to manage the mouth breathing habit and prevent its consequences.

Keywords: Mouth breathing habit, factor, 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở miệng là một trong những thói quen răng miệng xấu phổ biến, xảy ra do có sự thay đổi sự

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Việt Thành
Email: bs.ngovietthanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/1/2020
Ngày phản biện khoa học: 23/1/2020
Ngày duyệt bài: 15/2/2020

dẫn truyền không khí qua miệng thay vì qua mũi [3], ảnh hưởng không chỉ tới sự phát triển của hệ thống sọ mặt mà còn tới sức khỏe toàn thân. Sự bất thường về con đường thông khí là nguyên nhân gây nên những viêm nhiễm vùng miệng, mũi họng, thay đổi hướng phát triển của xương hàm dưới, rối loạn quá trình mọc răng và hình thành khớp cắn chức năng [1,2,7]. Không chỉ vậy, thở miệng còn ảnh hưởng tới tư thế, dáng đi sự phát triển thể chất và tâm thần [4]. Trẻ có thói quen thở miệng nếu không được điều trị và kiểm soát kịp thời sẽ gặp phải những vấn đề nghiêm trọng cả về thẩm mỹ và chức năng, ảnh hưởng tới chất lượng sống và đòi hỏi những điều trị phức tạp và lâu dài.

Tuy nhiên, thở miệng là thói quen do nhiều nguyên nhân và yếu tố ảnh hưởng nên việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Ngoài ra, để xác định các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng, Issei S đã xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 44 câu hỏi tự trả lời [6]. Nghiên cứu đã chỉ ra 7 yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng: trạng thái môi ở tư thế nghỉ, bệnh mũi họng, thói quen ăn uống, hơi thở hôi, rối loạn chức năng nhai/nuốt, bệnh lý về răng/lợi và khô môi.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu thường chỉ tập trung đánh giá hậu quả của thói quen thở miệng mà chưa xác định tỷ lệ trẻ có thói quen thở miệng trong cộng đồng cũng các yếu tố ảnh hưởng tới thói quen này. Mặt khác, 5 tuổi là dấu mốc quan trọng, đánh dấu sự thay đổi không chỉ về mặt tâm lý, hành vi mà còn là bước ngoặt trong sự phát triển của bộ răng, xương hàm và cả hệ thống sọ mặt. Bất kỳ những tác động nào ảnh hưởng tới trẻ trong độ tuổi này để có thể gây nên những ảnh hưởng nghiêm trọng tới hệ thống nhai nếu không được can thiệp kịp thời. Vì những lý do trên, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này với mục tiêu xác định tỷ lệ trẻ 5 tuổi có thói quen thở miệng và xác định một số yếu tố ảnh hưởng tới thói quen này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Trẻ 5 tuổi tại trường mầm non Quyết Thắng, Thịnh Đán và Đồng Quang, tỉnh Thái Nguyên. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng gồm

những trẻ hợp tác, phụ huynh đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Những trẻ có dị tật bẩm sinh vùng miệng, hàm mặt; đã/đang điều trị chỉnh hình răng mặt hay kiểm soát thói quen thở miệng bị loại trừ. 354 trẻ cùng phụ huynh thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu đã được lựa chọn.

2. Phương pháp. Nghiên cứu được tiến hành tại 3 trường mầm non ở tỉnh Thái Nguyên, năm 2019 với thiết kế mô tả cắt ngang.

Phát hiện thói quen thở miệng

Thói quen thở miệng được phát hiện với các tiêu chuẩn chẩn đoán của Pacheco MCT [8], dựa trên 3 nghiệm pháp: mờ gương, ngậm nước và ngậm kín hai môi. Trẻ được nhận định là có thở miệng khi 2/3 nghiệm pháp có kết quả (+):

- Nghiệm pháp mờ gương: Hướng dẫn trẻ hít sâu và thở ra tối đa bằng mũi, đặt một tấm gương lớn ở vị trí ngay trên nhân trung, đánh dấu mức hơi thở làm mờ gương khi trẻ thở ra lần thứ hai. Trẻ được đánh giá là thở miệng nếu mức hơi làm mờ gương nhỏ hơn 30 mm.

- Nghiệm pháp ngậm nước: Yêu cầu trẻ ngậm một ngụm nước (khoảng 15ml) và không được nuốt hay để chảy ra ngoài trong 3 phút. Trẻ được đánh giá là thở miệng nếu không thể giữ nước trong miệng được 3 phút.

- Nghiệm pháp ngậm chặt môi: Yêu cầu trẻ ngậm chặt hai môi và không được há miệng trong 3 phút. Trẻ được đánh giá là thở miệng nếu không thể ngậm kín hai môi trong 3 phút.

Đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng. Các yếu tố liên quan đến thói quen thở miệng được xác định thông qua bảng câu hỏi phỏng vấn trực tiếp phụ huynh của trẻ, gồm 44 câu hỏi được dịch sang tiếng Việt với ngôn ngữ dễ hiểu, với câu trả lời có/không của Issei S [6]. Bộ câu hỏi này đã được kiểm định độ tin cậy (Cronbach's Alpha = 0,759); 11/44 số câu hỏi phù hợp để đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng ở trẻ 5 tuổi với hệ số tương quan biến – tổng lớn hơn 0,3. Ngoài ra, trẻ được khám lâm sàng để xác định: trạng thái hai môi ở tư thế nghỉ, giọng nói, hiện có đang ngạt mũi không và có viêm lợi vùng răng cửa hàm trên hay không.

Bảng 1. Bộ câu hỏi đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng

Câu hỏi	Trả lời	
Con anh/chị có hay bị ngạt mũi vào ban ngày không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có hay bị ngạt mũi trong lúc ngủ không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có hay bị hắt xì không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có hay bị chảy mũi không?	☐ Không	☐ Có
Anh/chị có thấy con mình há miệng khi ngủ không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có thường xuyên bị khô miệng không?	☐ Không	☐ Có

Anh/chị có cảm thấy miệng của con mình thường xuyên há (môi không khép kín) vào ban ngày không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có thường xuyên bị khô môi hay không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có thường xuyên bị nẻ môi hay không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có hay bị nhiệt miệng hay loét miệng không?	☐ Không	☐ Có
Con anh/chị có thường xuyên bị đau họng không?	☐ Không	☐ Có

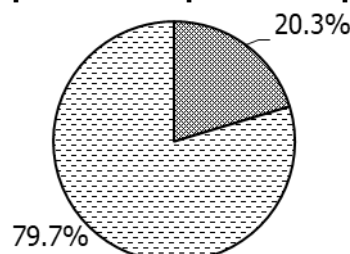
3. Xử lý số liệu. Các thông số giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm được sử dụng nhằm xác định tỷ lệ trẻ có thói quen thở miệng, xác định các yếu tố liên quan đến thói quen thở miệng theo Chi-square test. Kết quả nghiên cứu sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê y học.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên phê duyệt (số 238A/QĐ-ĐHYD ngày 28 tháng 02 năm 2019)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 354 trẻ được chọn vào nghiên cứu có 46% trẻ nam và 54% trẻ nữ thuộc các dân tộc Kinh (68,9%), Tày (15,5%), Nùng (10,2%), Dao (1,7%) và các dân tộc khác (3,7%).

1. Tỷ lệ trẻ có thói quen thở miệng



■ Có thói quen thở miệng
□ Không có thói quen thở miệng

Biểu đồ 1. Tỷ lệ trẻ có thói quen thở miệng

Kết quả nghiên cứu cho thấy 72 trẻ, tương ứng 20,3% đối tượng có thói quen thở miệng.

Bảng 2. Mối liên quan của thói quen thở miệng với giới tính, trạng thái môi ở tư thế nghỉ, giọng nói, tình trạng ngạt mũi và viêm lợi vùng răng cửa hàm trên

Đặc điểm	Thở miệng		Không thở miệng		p
	n	%	n	%	
Giới: Nam	41	25,2	122	74,8	0,047*
Nữ	31	16,2	160	83,8	
Hai môi ở tư thế nghỉ: Không khép kín	29	39,2	45	60,8	<0,001*
Khép kín	43	15,4	237	84,6	
Giọng nói: Khàn tiếng	15	33,33	30	66,67	0,02*
Bình thường	57	18,4	252	81,6	
Hiện đang ngạt mũi: Có	26	49,1	27	50,9	<0,001*
Không	46	15,3	255	84,7	
Viêm lợi vùng răng cửa hàm trên: Có	18	20,9	68	79,1	0,876
Không	54	20,1	214	79,9	

*Chi-square Test

Kết quả trong bảng 2 chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thói quen thở miệng và giới tính, tình trạng hai môi ở tư thế nghỉ, giọng nói và tình trạng ngạt mũi với mức ý nghĩa thống kê 95%. Không có mối liên quan giữa thói quen thở miệng và tình trạng viêm lợi

vùng răng cửa hàm trên.

2. Một số yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng. Các yếu tố liên quan đến thói quen thở miệng được xác định thông qua bảng câu hỏi đã được kiểm định gồm 11 câu hỏi phỏng vấn trực tiếp phụ huynh.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng

Yếu tố	Thở miệng n (%)	Không thở miệng n (%)	OR	95% CI	p
Hay ngạt mũi lúc ngủ			7,037	4,012-12,342	<0,001*
Có	40 (47,1)	45 (52,9)			
Không	32 (11,9)	237 (88,1)			
Hay ngạt mũi ban ngày			6,583	3,747-11,567	<0,001*
Có	45 (45,5)	54 (54,4)			
Không	27 (10,6)	228 (89,4)			
Hay bị hắt xì			4,828	2,793-	<0,001*

Có	40 (40,8)	58 (59,2)	5,483	8,344	<0,001*
Không	32 (12,5)	224 (87,5)			
Hay bị chảy mũi					
Có	47 (39,5)	72 (60,5)	8,336	4,323-16,076	<0,001*
Không	25 (10,6)	210 (89,4)			
Há miệng khi ngủ					
Có	28 (58,3)	20 (41,7)	0,283	0,288	0,288
Không	44 (14,4)	262 (85,6)			
Thường xuyên khô môi					
Có	13 (26,0)	37 (74,0)	0,718	0,718	0,718
Không	59 (19,4)	245 (80,6)			
Thường xuyên nẻ môi					
Có	17 (25,0)	51 (75,0)	21,482	6,961-66,297	<0,001*
Không	55 (19,2)	231 (80,8)			
Thường xuyên khô miệng					
Có	9 (22,5)	31 (77,5)	0,163	0,163	0,163
Không	63 (20,1)	251 (79,9)			
Há miệng ban ngày					
Có	17 (81,0)	4 (19,0)	2,688	1,585-4,559	<0,001*
Không	55 (16,5)	278 (83,5)			
Hay bị nhiệt/ loét miệng					
Có	24 (25,3)	71 (74,7)	0,163	0,163	0,163
Không	48 (18,5)	211 (81,5)			
Thường xuyên đau họng					
Có	41 (30,6)	93 (69,4)	2,688	1,585-4,559	<0,001*
Không	31 (14,1)	189 (85,9)			

*Chi-square Test

Qua bảng 3, ta có thể nhận thấy thói quen thở miệng của trẻ 5 tuổi có liên quan tới các yếu tố: ngạt mũi khi ngủ, ngạt mũi ban ngày, hay bị hắt xì, hay bị chảy mũi, thường xuyên đau họng với tỷ suất chênh OR từ 2,688 đến 8,336 ($p < 0,001$), đặc biệt yếu tố "há miệng ban ngày" có tỷ suất chênh OR = 21,482; 95% CI = 6,961-66,297 ($p < 0,001$) nghĩa là khả năng có thói quen thở miệng của những trẻ thường xuyên há miệng vào ban ngày cao hơn 21 lần so với những trẻ không há miệng, với mức ý nghĩa 99%.

IV. BÀN LUẬN

Thở miệng là thói quen xấu thường gặp ở trẻ em. Trong nghiên cứu này 20,3% trẻ 5 tuổi có thói quen thở miệng, tỷ lệ này thấp hơn hai nghiên cứu ở Brazil của Pacheco MCT nghiên cứu trên 687 trẻ 6-12 tuổi là 24,3% [8] và của Petry C là 37,7%. Hai nghiên cứu này có tỷ lệ cao hơn có thể do sự khác biệt độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, thói quen này có xu hướng phổ biến hơn ở trẻ tiểu học đang trong giai đoạn răng hỗn hợp. Chính vì vậy, nhiều khuyến cáo đã được đưa ra nhằm phát hiện và kiểm soát thói quen thở miệng từ rất sớm, lý tưởng nhất là khi chưa có những ảnh hưởng tới sự phát triển của cung răng, khớp cắn và hệ thống sọ mặt.

Trên thế giới, việc phát hiện trẻ có thói quen thở miệng đã được một số tác giả quan tâm, tuy

nhiên các nghiên cứu thường gặp một số khó khăn do thở miệng là thói quen đa nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng với nhiều đặc điểm và triệu chứng khác nhau, phụ thuộc vào lứa tuổi và mức độ ảnh hưởng tới hệ thống sọ mặt. Việc phát hiện ra thói quen thở miệng ngay từ lúc thói quen này chưa gây ảnh hưởng có hại tới bộ máy nhai, thể chất và tinh thần của trẻ là vấn đề vô cùng quan trọng. Một số nghiệm pháp được khuyến cáo để phát hiện trẻ có thở miệng hay không như nghiệm pháp gương hai mặt (sử dụng một gương có hai mặt giữ ở giữa mũi và miệng, nếu xuất hiện hơi làm mờ gương ở mặt đối diện với miệng thì có thở miệng), quan sát sự phập phồng của cánh mũi (trẻ thở mũi sẽ thấy cánh mũi phập phồng, thay đổi hình dạng còn trẻ thở miệng thì không), nghiệm pháp sợi bông hình cánh bướm (cuộn bông thành hình cánh bướm rồi đặt giữa mũi và môi trên, khi trẻ thở ra nếu bông rung hướng về phía miệng là thở mũi, hướng về phía mũi là thở miệng), ... Tuy nhiên các biện pháp này đều mang tính định tính, khó đo lường và xác định chính xác, nhất là ở trẻ nhỏ. Trong nghiên cứu này, thói quen thở miệng được phát hiện bằng tiêu chuẩn chẩn đoán của Pacheco MCT [8], dựa trên 3 nghiệm pháp: mờ gương, ngâm nước và ngâm kín hai môi. Trẻ được nhận định là có thở miệng khi 2/3 nghiệm pháp có kết quả (+). Các phép thử đều

là định lượng với mức xác định lần lượt là mức mờ gương < 30 mm, thời gian ngậm nước và ngậm kín hai môi < 3 phút. Các tiêu chuẩn phát hiện này đã được Pacheco MCT kiểm định bằng cách phỏng vấn trực tiếp 110 bác sĩ chỉnh nha tại Brazil về cách phát hiện thở miệng trên lâm sàng, tổng hợp các kết quả thu được, lập thành bộ công cụ rồi kiểm thử trên 687 trẻ tiểu học từ 6-12 tuổi, thu được kết quả có độ tin cậy cao, có thể áp dụng dễ dàng và phù hợp sử dụng tại cộng đồng.

Bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp phụ huynh đã được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng. Bộ công cụ này gồm 11 câu được phát triển và chọn lọc từ bộ câu hỏi gồm 44 câu dành cho trẻ 6-12 tuổi tại Nhật Bản của Issei S [6]. Các câu hỏi được dịch sang tiếng Việt với ngôn ngữ dễ hiểu và được kiểm định độ tin cậy (Cronbach's Alpha = 0,759). Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan tới thói quen này là: ngạt mũi khi ngủ, ngạt mũi ban ngày, hay bị hắt xì, hay bị chảy mũi, thường xuyên đau họng và thường xuyên há miệng vào ban ngày (giá trị p đều < 0,001). Đặc biệt, khả năng có thói quen thở miệng của những trẻ thường xuyên há miệng vào ban ngày cao hơn 21 lần so với những trẻ không há miệng, với mức ý nghĩa 99% (tỷ suất chênh OR = 21,482; 95% CI = 6,961-66,297). Đây là đặc điểm lâm sàng quan trọng, là dấu hiệu gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng và thậm chí cho cả phụ huynh của trẻ để phát hiện sớm thói quen thở miệng, dự phòng và hạn chế ảnh hưởng của thói quen này

một cách hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên có thói quen thở miệng là 20,3%. Các yếu tố liên quan tới thói quen này là: ngạt mũi khi ngủ, ngạt mũi ban ngày, hay bị hắt xì, hay bị chảy mũi, thường xuyên đau họng và thường xuyên há miệng vào ban ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ankita J., et al. Mouth breathing:** A menace to developing dentition. Journal of Contemporary Dentistry. 2014;3:145-151.
2. **Basheer B., et al. Influence of mouth breathing on the dentofacial growth of children: A cephalometric study.** Journal of International Oral Health. 2014;6(6):50-55.
3. **Boas APDV., et al. Walk test and school performance in mouth-breathing children.** Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(2):212-218.
4. **Conti P. B., et al. Assessment of the body posture of mouth-breathing children and adolescents.** Journal of Pediatrics. 2011;87(4):357-363.
5. **Harari D., et al. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients.** The Laryngoscope. 2010;120(10):2089-2093.
6. **Issei S., et al. An Exploratory study of the factors related to Mouth Breathing Syndrome in primary school children.** Archives of Oral Biology. 2018;92:57-61.
7. **Mario M., et al. Growth and mouth breathers.** J Pediatr (Rio J). 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.11.005>
8. **Pacheco MCT., et al. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children.** Dental Press J Orthod. 2015;20(4):39-44.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA MỨC ĐỘ NHIỄM MỠ VÀ XƠ HOÁ GAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 BỊ BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

Trần Thị Khánh Tường¹, Phạm Quang Thiên Phú²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (nonalcoholic fatty liver disease - NAFLD) thường cùng xuất hiện. Bệnh cảnh lâm sàng của có NAFLD giới hạn từ nhiễm mỡ đơn thuần (NAFL), viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH) và xơ gan. Lượng mỡ trong gan có thể

giúp xác định mức độ tổn thương gan. Những nghiên cứu về mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ được đánh giá bởi thông số suy giảm có kiểm soát (Controlled Attenuation Parameter- CAP) và độ cứng của gan đo bằng FibroScan ở bệnh nhân NAFLD bị đái tháo đường. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá mối tương quan giữa độ cứng của gan và mức độ nhiễm mỡ gan. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện tại phòng khám đa khoa Đại Phước TPHCM và phòng khám đa khoa trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch. Tất cả bệnh nhân ĐTĐ típ 2 bị NAFLD được thực hiện FibroScan. Xác định NAFLD khi CAP > 233 dB/m (nhiễm mỡ > 5%). Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 12. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 225 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 bị NAFLD thỏa tiêu chuẩn. Đa số bệnh nhân nhiễm mỡ nặng độ 3 (S3) và xơ hoá nhẹ (F0-1). Không có mối tương quan giữa độ

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân Dân 115, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Khánh Tường

Email: drkhanhtuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/1/2020

Ngày duyệt bài: 1/2/2020

cứng của gan và mức độ nhiễm mỡ đo bằng FibroScan.

Kết luận: Mức độ nhiễm mỡ và xơ hoá gan không có mối tương quan

SUMMARY

CORRELATIONSHIP BETWEEN HEPATIC STEATOSIS AND FIBROSIS ASSESSED BY FIBROSCAN IN DIABETES TYPE 2 PATIENTS WITH NAFLD

Background/Aims: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) commonly exist together. The presentations of NAFLD range from simple steatosis (NAFL), nonalcoholic steatohepatitis (NASH), and cirrhosis. The amount of fat buildup can help determine the extent of liver damage. Studies about the correlation between degrees of hepatic steatosis assessed by Controlled Attenuation Parameter (CAP) and liver stiffness by FibroScan in NAFLD patients with diabetes have shown conflicting results. Our study aimed to evaluate the relationship of liver stiffness and steatosis in diabetes type 2 patients with NAFLD. **Subjects and Methods:** This is a cross – sectional study of adult T2DM with NAFLD attending Dai Phuoc Ho Chi Minh Polyclinic and the Polyclinic of Pham Ngoc Thach University of Medicine. Liver steatosis and fibrosis was assessed by FibroScan. NAFLD was diagnosed if CAP > 233 dB/m (steatosis > 5%). Data were analyzed using STATA 12 software program. **Results:** The study population consisted of 225 T2DM patients with NAFLD were qualified for study's criteria. Most patients have severe (S3) steatosis, and mild fibrosis (F0-1). There was no relationship of hepatic stiffness and the degrees of liver steatosis measured by fFibroScan in NAFLD patients with diabetes ($p > 0.05$). **Conclusions:** The degree of hepatic steatosis and fibrosis assessed FibroScan had no relationship.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là sự tích tụ chất béo (chủ yếu là triglyceride) trong tế bào gan do kháng insulin. NAFLD bao gồm gan nhiễm mỡ, viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH), xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ) là yếu tố nguy cơ quan trọng của NAFLD. Do đó BN ĐTĐ típ 2 cần được đánh giá mức độ nhiễm mỡ để chẩn đoán NAFLD và mức độ xơ hoá gan để có thể can thiệp kịp thời tránh diễn tiến đến xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan.

Cho đến nay, sinh thiết gan vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá xơ hóa và nhiễm mỡ. Tuy nhiên, mẫu sinh thiết gan chỉ đại diện cho 1/50.000 thể tích gan, do đó, sinh thiết có giới hạn trong việc đánh giá chính xác toàn bộ gan. Hơn nữa, sinh thiết hiện hạn chế sử dụng vì các biến chứng có thể xảy ra. Đo độ đàn hồi thoảng qua với máy Fibroscan đang được xem như một công cụ không xâm nhập, dễ thực hiện,

có độ chính xác cao để đánh giá nhiễm mỡ gan cũng như xơ hoá gan. Fibroscan đánh giá xơ hóa gan bằng đo độ cứng gan và nhiễm mỡ gan bằng thông số suy giảm có kiểm soát (CAP). Nhiễm mỡ là biểu hiện thường gặp ở BN ĐTĐ típ 2, nhưng liệu nhiễm mỡ có phải là yếu tố dự đoán độc lập của xơ hoá gan hay không. Các nghiên cứu trên thế giới cho kết quả mâu thuẫn nhau khi đánh giá mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ và xơ hoá gan. Hiện nay ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào khảo sát mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ và xơ hoá gan do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ và xơ hoá gan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bị NAFLD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tiến cứu

2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân bị ĐTĐ típ 2 từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán NAFLD. BN bị ĐTĐ típ 2 bao gồm các BN đã được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 hoặc chưa được chẩn đoán nhưng có glucose huyết tương đói $\geq 7\text{mg/dL}$ hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$ theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của Hiệp hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ năm 2018 (ADA) (1). BN được chẩn đoán NAFLD khi có chỉ số CAP > 233 dB/m (tương ứng với tỉ lệ tế bào gan nhiễm mỡ $\geq 5\%$) và đã loại trừ các nguyên nhân khác gây nhiễm mỡ gan (2),

Tiêu chuẩn loại trừ

- Loại trừ nhiễm mỡ gan do các nguyên nhân khác, bao gồm (1) Bệnh nhân uống rượu đáng kể: nam uống $\geq 30\text{g/ngày}$, nữ $\geq 10\text{g/ngày}$. (2) Bệnh nhân có nguyên nhân nhiễm mỡ gan thứ phát: phụ nữ có thai, suy dinh dưỡng nặng (BMI < 18,5 kg/m²), sử dụng thuốc aminodarone, tamoxifen, methotrexate, corticosteroid, estrogen. (3) Bệnh nhân có HBsAg và anti – HCV dương tính. (4) Bệnh nhân có các bệnh gan mạn tính khác như viêm gan tự miễn, bệnh gan do ứ sắt, bệnh Wilson, viêm gan do thuốc.

- Bệnh nhân thất bại với đo FibroScan hoặc có kết quả đo FibroScan không đáng tin cậy (bảng bụng, ứ mật, đợt bùng phát cấp viêm).

3. Các bước tiến hành

Hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và lấy máu xét nghiệm. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu và kí vào bản cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thực hiện đo FibroScan. Bệnh nhân cần được nhịn đói ít nhất 3 giờ trước khi đo. Đo độ đàn hồi gan được thực hiện bởi duy nhất một

bác sĩ có kinh nghiệm bằng máy FibroScan 530 compact (Echosens, Pháp) với đầu dò chuẩn M. Kết quả độ đàn hồi gan là kết quả trung bình của 10 lần đo thành công. Kết quả đo đáng tin cậy khi IQR/med < 30% và success rate > 60%. Kết quả đo sẽ kèm chỉ số CAP. Giá trị của CAP là giá trị trung bình của 10 lần đo. CAP đáng tin cậy khi có 10 lần đo thành công.

Điểm cắt xác định các giai đoạn xơ hóa gan được lấy theo nghiên cứu trước đó của tác giả Wong và cs: ≥ 7 kPa; $\geq 8,7$ kPa; $\geq 11,5$ kPa lần lượt cho các mức độ xơ hóa gan đáng kể ($\geq F2$); xơ hóa gan tiến triển ($\geq F3$) và xơ gan (F4). Chỉ số CAP cho các mức độ nhiễm mỡ gan nhẹ, trung bình, nặng trên FibroScan lần lượt là 234 – 269 dB/m (S1); 270 – 300 dB/m (S2) và ≥ 301 dB/m (S3).

4. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 12 và Microsoft Excel 2010. Đánh giá mối tương quan giữa 2 biến số liên tục là độ đàn hồi gan và nhiễm mỡ gan bằng phân tích tương quan, tính hệ số tương quan Pearson (hệ số r) và KTC 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong thời gian 3/2018 đến 3/2019, chúng tôi chọn được 225 bệnh nhân ĐTD tip 2 bị NAFLD đến khám tại phòng khám đa khoa Đại Phước và phòng khám đa khoa trường đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch từ 07/2018 đến 07/2019 hội đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ĐTD tip 2 có NAFLD

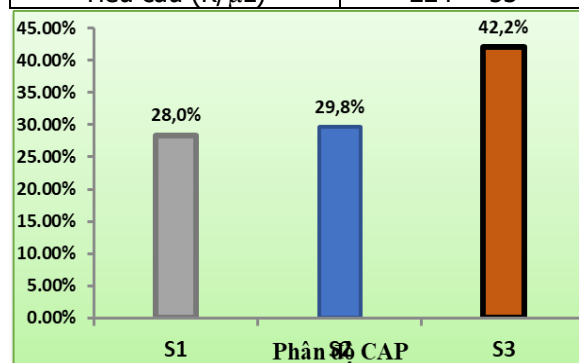
Đặc điểm	BN có NAFLD (n = 225)
----------	-----------------------

Bảng 2. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các mức độ nhiễm mỡ gan ở bệnh nhân đái tháo đường tip 2 có NAFLD

Phân độ CAP	S1 (n = 63)	S2 (n = 67)	S3 (n = 95)	Trị số p
BMI (kg/m ²)	24,7 ± 2,6	25,1 ± 2,8	26,1 ± 2,7	0,005
Béo phì (%)	42,9 %	52,2 %	64,2 %	0,027
Vòng eo (cm)	84,6 ± 8,3	86,9 ± 9,8	90,7 ± 8,8	0,001
HCCH (%)	58,7 %	65,7 %	77,9 %	0,031
Triglyceride (mg/dL)	163,8(106,6–244,9)	190,7(121,5–259,1)	221,6(161,6–284,7)	0,003
HDL (mg/dL)	52,6 ± 15,0	51,4 ± 11,3	48,6 ± 12,6	0,068
ALT (U/L)	26,6(16,8 – 38,1)	31,1(23,7 – 43,7)	41,4(27,1 – 63,4)	< 0,001
AST (U/L)	22,6(18,1 – 28,2)	23,8(19,8 – 31,7)	26,6(21,5 – 44,9)	< 0,001
PLT (K/ μ L)	228 ± 60	229 ± 52	218 ± 50	0,29
Độ đàn hồi gan (kPa)	4,8 (4,1 – 6,0)	5,4 (4,6 – 6,2)	5,8 (4,6 – 7,0)	< 0,001

Nhận xét: BN ĐTD tip 2 có mức độ nhiễm mỡ gan trên FibroScan cao hơn thì có BMI, vòng eo cao hơn, nồng độ triglyceride máu cao hơn và men gan ALT, AST cao hơn. Tỷ lệ béo phì cao hơn ở BN có độ nhiễm mỡ S3 so với S1 và S2. Giá trị độ đàn hồi gan cũng tăng lên theo các mức độ nhiễm mỡ gan. Tất cả sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Tuổi (năm)	56,5 ± 10,5
Nam (%)	46,7
Thời gian mắc ĐTD (năm)	3
Tăng HA (%)	65,8
BMI (kg/m ²)	25,4 ± 2,8
Vòng eo (cm)	87,9 ± 9,3
Béo phì (%)	54,7
Béo phì trung tâm (%)	72,4
RLLM (%)	93,8
HCCH (%)	68,9
Glucose (mg/dL)	136 (120 – 168)
Cholesterol (mg/dL)	186,7 ± 52,1
Triglyceride (mg/dL)	199,1(136,4 – 264)
HDL – C (mg/dL)	50,6 ± 13,0
LDL – C (mg/dL)	114,2 ± 39,0
ALT (U/L)	34 (23,4 – 54,1)
AST (U/L)	24,4 (20,1 – 33,9)
GGT (U/L)	46 (36,7 – 77,6)
Tiểu cầu (K/ μ L)	224 ± 53



Biểu đồ 1. Phân độ CAP ở bệnh nhân ĐTD tip 2 có NAFLD

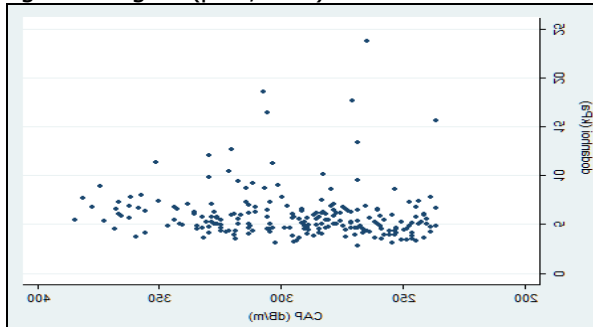
Nhận xét: BN có mức độ nhiễm mỡ S3 chiếm tỉ lệ cao nhất (42,2%).

Bảng 3. Các giai đoạn xơ hóa gan ở bệnh nhân NAFLD

Giai đoạn xơ hóa gan				p
F0, F1	F2	F3	F4	
83,1% (187)	8,9% (20)	3,1% (7)	4,9% (11)	0,009

Nhận xét: BN ĐTĐ típ 2 bị NAFLD đa số xơ hoá nhẹ (F0-1)

Đánh giá mối tương quan giữa nhiễm mỡ và độ cứng của gan ở BN ĐTĐ típ 2 có NAFLD có hệ số tương quan $r = 0,0937$, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p=0,1614$)

**Biểu đồ 2.** Tương quan giữa nhiễm mỡ và độ cứng của gan ở BN ĐTĐ típ 2 có NAFLD

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ và xơ hoá gan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bị NAFLD

BN NAFLD có BMI cao hơn và tỉ lệ béo phì cao hơn BN không NAFLD. Béo phì đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ của NAFLD. Tỉ lệ béo phì ở NAFLD trong y văn là 51,3 % (3), gần tương tự như nghiên cứu của chúng tôi là 54,7 %.

Tác giả Kwok cũng cho thấy BN NAFLD có vòng eo lớn hơn, glucose máu cao hơn, nồng độ Triglyceride máu cao hơn và HDL – C thấp hơn (4). Tất cả thành phần của hội chứng chuyển hoá (HCCH) đều có tương quan với hàm lượng mỡ trong gan, độc lập với BMI, cho nên sự hiện diện của NAFLD sẽ dẫn đến sự hiện diện của các thành phần của HCCH. Ngược lại, HCCH và các thành phần của HCCH rất phổ biến ở BN NAFLD.

Giá trị CAP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 270,9 dB/, tương tự so với nghiên cứu của Kwok và cs là 266 dB/m (4). Sự khác biệt này có thể giải thích dựa trên những nguyên do sau: BMI trung bình trong nghiên cứu của Demir M là 33,2 kg/m² cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi là 24,9 kg/m² và cỡ mẫu trong nghiên cứu này cũng tương đối nhỏ là 124 BN. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi và Kwok có cỡ mẫu đủ lớn và BMI trung bình giữa 2 nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều.

Về mức độ nhiễm mỡ gan trên FibroScan, nghiên cứu của Demir và Kwok cũng đều cho thấy tỉ lệ S3 cao nhất, lần lượt là 75,2% và 52,3%, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

Khi so sánh giữa các mức độ nhiễm mỡ gan, chúng tôi nhận thấy BN có mức độ nhiễm mỡ S3 có BMI, vòng eo, tỉ lệ béo phì và béo phì trung tâm, triglyceride máu cao hơn so với BN mức độ nhiễm mỡ S1 và S2. Kết quả này của chúng tôi tương tự so với của tác giả Roulot (5). Giá trị CAP cao liên quan đến BMI cao, HCCH và các biểu hiện của HCCH. BN ĐTĐ típ 2 và NAFLD thường có tình trạng béo phì và HCCH đi kèm.

Bên cạnh đó, ALT, AST và độ đàn hồi gan cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở BN có mức độ nhiễm mỡ cao hơn, cũng tương tự như nghiên cứu của Roulot.

4.2. Giá trị độ đàn hồi gan và các giai đoạn xơ hóa gan trên FibroScan

4.2.1. Giá trị độ đàn hồi gan. Độ đàn hồi gan trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung tâm là 5,1 kPa, tương tự nghiên cứu của Roulot và của de Lédingen lần lượt là 5,3 kPa và 5,4 kPa (5).

4.2.2. Giai đoạn xơ hóa gan và phân loại mức độ xơ hóa gan trên FibroScan. Tỉ lệ BN có xơ hóa gan tiến triển và xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 5,9% và 3,6%. Chúng tôi chọn điểm cắt 7 kPa; 8,7 kPa và 10,3 kPa lần lượt cho các mức độ xơ hóa đáng kể trở lên; xơ hóa gan tiến triển và xơ gan, theo nghiên cứu trước đó của tác giả Wong (6). Đa phần các nghiên cứu khác đều chọn điểm cắt dựa trên nghiên cứu này.

Tại cơ sở của chúng tôi, máy FibroScan chưa có trang bị đầu dò XL, điều này có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của kết quả đàn hồi gan ở những BN có BMI cao. BMI ≥ 28 có thể làm giảm độ chính xác của kết quả đo độ đàn hồi gan. Trong khi đó, số lượng BN có BMI ≥ 28 của chúng tôi là 55 BN, chiếm gần 20%.

Khảo sát trên toàn bộ BN nghiên cứu, chúng tôi không thấy có sự tương quan giữa độ nhiễm mỡ và độ cứng của gan. Một nghiên cứu khác có sử dụng FibroScan cũng cho thấy không có tương quan giữa độ nhiễm mỡ và độ cứng của gan ở BN NAFLD (7). Trong khi đó đối với BN có ĐTĐ, một nghiên cứu tại Pháp cho thấy có sự tương quan tuyến tính giữa nhiễm mỡ đo bằng CAP và độ cứng của gan với hệ số tương quan là 0,4 (8). Nhìn chung, tuy có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nhiễm mỡ đo bằng CAP và độ cứng của gan trên FibroScan hầu như không có tương quan tuyến tính hoặc

tương quan nếu có chỉ ở mức độ thấp. Do đó, khi đánh giá BN qua FibroScan, chúng ta nên cân trọng và cần thiết khảo sát cùng lúc cả giá trị CAP và giá trị độ đàn hồi gan. Bệnh nhân có nhiễm mỡ gan thấp trên FibroScan không đồng nghĩa có độ đàn hồi gan thấp hay không có xơ hóa gan tiến triển.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên các bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, chúng tôi nhận thấy mức độ nhiễm mỡ và tình trạng xơ hoá gan không có mối tương quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Association AD.** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. In: Riddle M, editor. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2018. 41. USA2018. p. pp. 13-27.
2. **Karlas T, Petroff D, Garnov N, Bohm S.** Non-Invasive Assessment of Hepatic Steatosis in Patients with NAFLD Using Controlled Attenuation Parameter and H-MR Spectroscopy. PLoS ONE 2014;9(3):e91987.
3. **Chalasani N, Younossi Z, Lavine J, Charlton M, Cusi K, Rinella M, et al.** The Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology. 2018;67(1):pp. 328 - 57.
4. **Kwok R, Choi K, Wong G, Zhang Y.** Screening diabetic patients for non-alcoholic fatty liver disease with controlled attenuation parameter and liver stiffness measurements: a prospective cohort study. Gut. 2015;0:pp. 1-10.
5. **Roulot D, Roudot-Thoraval F, NKontchou G, Kouacou N.** Concomitant screening for liver fibrosis and steatosis in French type 2 diabetic patients using Fibroscan. Liver International. 2017;37:pp. 1897-906.
6. **Wong V, Vergniol J, Wong G, Foucher J.** Diagnosis of Fibrosis and Cirrhosis Using Liver Stiffness Measurement in Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Hepatology. 2010;51:pp. 454-62.
7. **Paul J, Venugopal R, Peter L.** Measurement of controlled attenuation parameter: a surrogate marker of hepatic steatosis in patients of nonalcoholic fatty liver disease on lifestyle modification – a prospective follow-up study. Arq Gastroenterol. 2017;55(1):pp. 7 - 13.
8. **Marty M, Hiriart J, Vergniol J, Foucher J.** Steatosis, Glycation and Liver Fibrosis in Patients with Diabetes. Journal of Diabetes & Metabolism. 2015;6(12).

MẤT RĂNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI CAO TUỔI

Hà Hương Quỳnh*, Lê Thị Thu Hằng*, Nguyễn Thị Hạnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tình trạng mất răng và mối liên quan với chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô cắt ngang được thực hiện trên 186 người từ 60 tuổi trở lên ở các xã đặc biệt khó khăn tỉnh Bắc Kạn. Phân loại mất răng theo Kennedy qua khám lâm sàng (1923). Chỉ số đo lường ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng đến chất lượng cuộc sống (OHIP-14) được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn được chuyển ngữ từ bản gốc tiếng anh (Slade 1997). Thông tin về các yếu tố nhân chủng – xã hội học, thói quen, tiền sử bệnh được thu thập dựa vào phỏng vấn trực tiếp theo phiếu điều tra thiết kế sẵn. **Kết quả:** Số răng mất trung bình của đối tượng nghiên cứu là $6,24 \pm 7,92$. Ở cả hai hàm, nhóm không mất răng chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9% ở hàm trên; 35,5% ở hàm dưới). Tỷ lệ mất răng cao nhất ở răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới

(40,3% ở cả hai bên) và thấp nhất ở răng nanh hàm dưới bên phải (11,8%). Điểm trung bình OHIP-14 trong nghiên cứu là $9,88 \pm 9,08$. Số răng mất càng tăng thì điểm OHIP-14 càng cao. **Kết luận:** Số răng mất có liên quan với chỉ số đo lường ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng đến chất lượng cuộc sống (OHIP-14).

Từ khóa: Mất răng, chất lượng cuộc sống, người cao tuổi.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN TOOTH LOSS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE

Objectives: To identify the relationship between tooth loss the quality of life in the elderly. **Subjects and method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 186 people aged 60 and older in extremely difficult communes in Bac Kan province. Tooth loss was classified according to Kennedy by clinical examining (1923). The index of the impact of oral health on quality of life (OHIP-14) was assessed based on the interview questionnaire translated from the English original (Slade 1997). Other related information on sociodemographic characteristics, habit were collected by using a structured questionnaire. **Results:** The average number of teeth lost was 6.24 ± 7.92 . In both jaws, the group without tooth loss

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Phòng khám đa khoa quốc tế Mỹ Đình.

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hương Quỳnh

Email: haquynh16@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 23/1/2020

Ngày duyệt bài: 18/2/2020

accounted for the highest proportion (33.9% in the upper jaw; 35.5% in the lower jaw). The percentage of tooth loss was highest in the first molar in mandible (40.3% on both sides) and lowest in the lower right canine teeth (11.8%). The average score of OHIP-14 in was 9.88 ± 9.08 . The higher the number of missing teeth, the higher the OHIP-14 score. **Conclusion:** The number of missing teeth is related with OHIP-14.

Keywords: Tooth loss, quality of life, elderly people.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự tiến bộ của khoa học và công nghệ, sự phát triển của kinh tế - xã hội, đời sống của con người ngày càng được nâng lên, tuổi thọ trung bình ngày càng tăng, dân số Việt Nam đang có xu hướng già hóa nhanh cả về tỷ lệ và số lượng. Theo Tổng điều tra biến động Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, tỷ lệ người cao tuổi trong dân số đã tăng nhanh từ 8,2% vào năm 1999 lên 9,9% vào năm 2011 và 10,2% vào năm 2012. Dự báo tỷ lệ này có thể sẽ tăng đột biến và đạt 16,8% vào năm 2029 và 22% vào năm 2050.

Hoàn cảnh kinh tế, thu nhập thấp cùng những biến đổi sinh bệnh học cũng làm cho người cao tuổi trở thành đối tượng cần quan tâm đặc biệt. Bên cạnh đó, tỷ lệ mất răng ở người cao tuổi khá cao (81,73% với đối tượng từ 60 tuổi trở lên theo nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng, 89,7% ở nhóm đối tượng từ 45 tuổi trở lên theo nghiên cứu của Trần Văn Trường). Mất răng có thể do sâu răng hay bệnh quanh răng gây ra, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng ăn nhai, khớp cắn, phát âm,... và gián tiếp tới chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Các nghiên cứu về ảnh hưởng của bệnh răng miệng nói chung và tình trạng mất răng nói riêng đến chất lượng cuộc sống tại Việt Nam, đặc biệt tại khu vực miền núi phía Bắc còn chưa nhiều và cũng mới chỉ được quan tâm trong vài năm gần đây. Nhằm có cái nhìn đầy đủ hơn về vấn đề này, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu xác định tình trạng mất răng và mối liên quan với chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi ở một số xã đặc biệt khó khăn tỉnh Bắc Kạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Người cao tuổi (≥ 60 tuổi-theo Luật người cao tuổi của Việt Nam năm 2009) tại các xã đặc biệt khó khăn tỉnh Bắc Kạn đồng ý hợp tác và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Được lựa chọn là người ≥ 60 tuổi (sinh từ 31/12/1959 trở về trước) sinh sống tại các xã đặc biệt khó khăn tỉnh Bắc Kạn, không có các rối loạn tâm thần, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu có cỡ mẫu là 186, được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu theo thiết kế nghiên cứu với $p = 0,88$

3. Chỉ tiêu nghiên cứu

3.1. Phân loại mất răng: Được xác định qua khám lâm sàng, sử dụng bảng mã phân loại sâu răng của WHO (1997). Phân loại theo Kenedy

Loại I: Mất răng hàm 2 bên không còn răng giới hạn khoảng mất răng ở phía xa.

Loại II : Mất răng hàm 1 bên không còn răng giới hạn khoảng mất răng ở phía xa

Loại III: Mất răng hàm 1 hoặc 2 bên còn răng giới hạn khoảng mất răng ở phía xa

Loại IV: Mất răng nhóm răng cửa

3.2. Chỉ số đo lường ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng đến chất lượng cuộc sống (OHIP-14):

Bộ câu hỏi phỏng vấn được chuyển ngữ từ bản gốc tiếng anh (Slade 1997), có tham vấn ý kiến nhà chuyên môn và chỉnh sửa. Bộ câu hỏi gồm 14 câu, tần suất của mỗi hoạt động được đánh giá từ 0 đến 4 điểm: (0) không bao giờ, (1) hiếm khi, (2) thỉnh thoảng, (3) thường xuyên, (4) luôn luôn. Tổng điểm OHIP-14 cho mỗi người sẽ dao động từ 0 đến 56 điểm. Điểm càng cao cho thấy chất lượng cuộc sống – sức khỏe răng miệng càng thấp.

4. Kỹ thuật thu thập số liệu. Phân loại mất răng được đánh giá qua khám lâm sàng bởi 03 bác sĩ Răng hàm mặt bằng cách sử dụng dụng cụ khám: gương nha khoa, gắp, thám châm và cây thăm dò quanh răng (UNC-15). Chỉ số đo lường ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng đến chất lượng cuộc sống (OHIP-14), thông tin về các yếu tố nhân chủng – xã hội học, tiền sử bệnh toàn thân và răng miệng được thu thập qua phỏng vấn theo mẫu phiếu thiết kế trước.

5. Xử lý số liệu. Các thông số giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm được sử dụng nhằm xác định tỷ lệ các loại mất răng, số răng mất trung bình, chỉ số sâu mất trám trung bình, chỉ số OHIP-14. Mối liên quan giữa tình trạng mất răng và chất lượng cuộc sống được xác định theo Anova test. Kết quả nghiên cứu sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 186 người cao tuổi gồm 78 nam (41,9%), 108 nữ (58,1%).

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

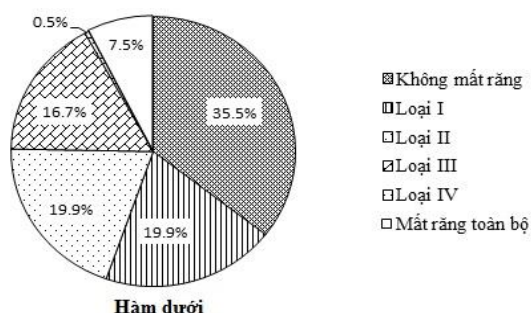
Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm			n	%
Chung	Giới	Nam	78	41,9

		Nữ	108	58,1
	Dân tộc	Kinh	7	3,8
		Tày	142	76,3
		Nùng	20	10,8
		Dao	7	3,8
		Mông	10	5,4
Xã hội học	Điều kiện kinh tế	Nghèo	66	35,5
		Cận nghèo	34	18,3
		Không nghèo	82	44,1
		Không rõ	4	2,2
	Tình trạng hôn nhân	Độc thân	6	3,2
		Kết hôn	163	87,6
		Góa	17	9,1
Thói quen	Hút thuốc	Không	152	81,7
		Dưới 5 năm	1	0,5
		5 – 10 năm	2	1,1
		11 – 15 năm	3	1,6
		Trên 15 năm	28	15,1
	Khám răng	Chưa bao giờ	109	58,6
		Chỉ khi có vấn đề cấp cứu	65	34,9
		Dưới 1 lần/ năm	9	4,8
		1 lần/ năm	2	1,1
		Trên 1 lần/ năm	1	0,5
Sức khỏe	5 năm gần đây	Không ốm nặng	91	48,9
		Tai biến mạch máu não	7	3,8
		Bệnh hô hấp	14	7,5
		Bệnh cơ xương khớp	16	8,6
		Khác	58	31,2

Tỷ lệ nam/ nữ của đối tượng nghiên cứu xấp xỉ 1/1,4; đa số là người dân tộc Tày (76,3%).

2.1. Phân loại theo Kenedy



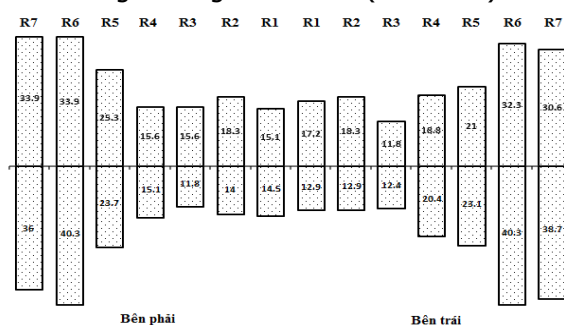
Biểu đồ 2. Phân loại mất răng theo Kenedy

Biểu đồ 2 cho thấy phân loại mất răng theo Kenedy của đối tượng nghiên cứu. Ở cả hai hàm, nhóm không mất răng chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9% ở hàm trên; 35,5% ở hàm dưới). Hàm trên không xuất hiện mất răng loại IV, trong khi ở hàm dưới tỷ lệ này cũng rất nhỏ (0,5%).

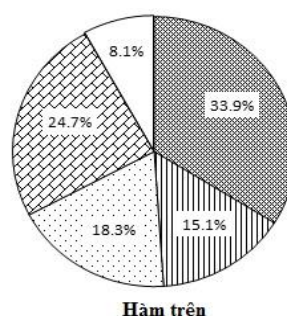
Hơn một nửa số người tham gia nghiên cứu thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo (tỷ lệ lần lượt là 35,5% và 18,3%). Hầu hết đối tượng nghiên cứu không hút thuốc (chiếm 81,7%), với các trường hợp hút thuốc đa phần đã hút trên 15 năm. Gần 60% người cao tuổi tại khu vực nghiên cứu chưa từng đi khám răng, nếu có đa phần đi khám khi có vấn đề cấp cứu, điều này cho thấy ý thức chăm sóc sức khỏe răng miệng ở nhóm đối tượng này khá thấp, do cả nguyên nhân chủ quan (không quan tâm đến sức khỏe răng miệng) và khách quan (kinh tế khó khăn, giao thông đi lại không thuận tiện và sức khỏe già yếu khó đi xa, cơ sở y tế có đủ khả năng điều trị ở xa nơi bà con sinh sống). Với độ tuổi từ 60 trở lên, hơn 50% đối tượng nghiên cứu có vấn đề lớn về sức khỏe cần phải điều trị tại bệnh viện trong 5 năm qua.

2. Phân loại mất răng

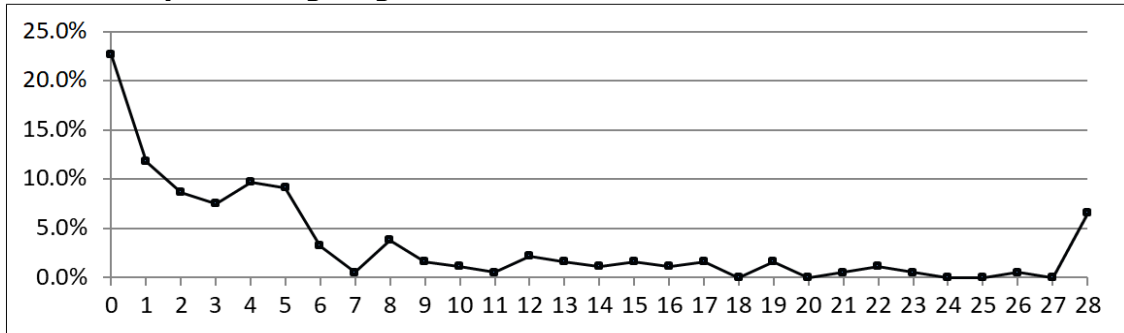
2.1. Phân loại theo từng răng. Nghiên cứu chỉ ra rằng, tỷ lệ mất răng cao nhất ở răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới (40,3% ở cả hai bên) và thấp nhất ở răng nanh hàm dưới bên phải (11,8%). Nhóm răng hàm lớn đều có tỷ lệ mất răng trên 30%, trong khi số liệu của nhóm răng trước trong khoảng 10 – 20%. (Biểu đồ 1)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mất răng theo từng răng



2.3. Phân loại theo tổng răng mất



Biểu đồ 3. Tỷ lệ mất răng theo tổng răng mất

Có 77,4% người trong nghiên cứu mất răng, kết quả này thấp hơn khảo sát của Đào Thị Dung (88,13%) [1]. Nhìn chung, số lượng răng mất càng tăng thì tỷ lệ càng giảm. Tuy nhiên, trường hợp mất răng toàn bộ lại có tỷ lệ cao hơn hẳn so với các trường hợp mất gần hết răng (6,5%). Nghiên cứu cũng chỉ ra số răng mất trung bình của đối tượng nghiên cứu là $6,24 \pm 7,92$.

3. Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Giá trị điểm OHIP-14

Lĩnh vực	Điểm trung bình $\bar{X} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Giới hạn chức năng	$1,54 \pm 1,72$	0	8
Đau thực thể	$2,37 \pm 1,75$	0	7
Không thoải mái tâm lý	$1,58 \pm 1,74$	0	6
Thiếu năng thể chất	$1,56 \pm 1,63$	0	6
Thiếu năng tâm lý	$1,28 \pm 1,71$	0	6
Thiếu năng xã hội	$0,88 \pm 1,32$	0	8
Tàn tật	$0,66 \pm 1,39$	0	7
OHIP tổng	$9,88 \pm 9,08$	0	40

Trung bình điểm OHIP-14 là $9,88 \pm 9,08$ (0 – 40) cao hơn nghiên cứu của Bùi Hồng Hạnh và cộng sự ($7,51 \pm 8,99$) tại TPHCM, kết quả này dễ hiểu vì Bắc Kạn là một tỉnh vùng núi, hơn thế nữa đối tượng nghiên cứu lại thuộc các xã đặc biệt khó khăn của tỉnh này. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn các nghiên cứu ở nước ngoài: của Silva tại Brazil ($9,1 \pm 10,6$) [7], Rodakowska tại Đông Bắc Phần Lan ($17,6 \pm 14,3$) [6], Inukai M tại Nhật Bản ($13 \pm 9,1$) [4], cho thấy CLCS liên quan SKRM của người cao tuổi tại địa bàn cao hơn các nghiên cứu này. Bên cạnh sự khác nhau về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt về điểm trung bình tác động OHIP-14 trong các nghiên cứu còn có thể giải thích do địa bàn nghiên cứu và thời gian nghiên cứu khác nhau. Tại nước ta, vấn đề chất lượng cuộc sống còn khá mới mẻ, và người cao tuổi không nghĩ rằng

khi bị bệnh răng miệng là đã ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Còn trên thế giới mức sống cao hơn vì vậy họ quan tâm nhiều đến chất lượng cuộc sống hơn.

Phân bố điểm trung bình tác động của vấn đề răng miệng/hàm giả lên chất lượng cuộc sống của người cao tuổi cao nhất thuộc lĩnh vực đau thực thể với điểm trung bình là ($2,37 \pm 1,75$), xu hướng phân bố này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hồng Hạnh, Silva và Ulinski [2] [7],[8]; trong khi lĩnh vực tàn tật chịu ít tác động nhất ($0,66 \pm 1,39$).

Điểm trung bình OHIP-14 ở nam là $8,87 \pm 8,39$; ở nữ là $10,60 \pm 9,51$; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới; tương tự kết quả nghiên cứu của Rodakowska [6].

4. Liên quan giữa mất răng và chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Liên quan giữa số răng mất và điểm OHIP-14

Tổng răng mất	β	P	95%CI
OHIP-14	0,153	0,037	0,011 – 0,340

Mỗi liên quan giữa số răng mất và điểm OHIP-14 có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy số răng mất càng nhiều thì điểm OHIP-14 càng cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Beatriz tại Tây Ban Nha [3]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Marília và cộng sự [5], không thấy có tương quan giữa hai đại lượng này. Sự khác biệt về các kết quả nói trên được giải thích là do địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Ở cả hai hàm, nhóm không mất răng chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ mất răng cao nhất ở răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới và thấp nhất ở răng nanh hàm dưới bên phải. Điểm trung bình OHIP-14 trong nghiên cứu là cao hơn nghiên cứu trong nước nhưng thấp hơn một số nghiên cứu ở nước ngoài. Số răng mất có mối liên quan có ý nghĩa

thống kê với chỉ số đo lường ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng đến chất lượng cuộc sống (OHIP-14). Số răng mất càng tăng thì điểm OHIP-14 càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Dung, Trần Ngọc Sơn (2016).** "Thực trạng mất răng và phục hình răng đã mất của người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội". Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược, 32(2), 106-110.
2. **Bùi Hồng Hạnh (2016).** "Thực trạng sâu răng, viêm quanh răng, nhu cầu điều trị và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2015". Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
3. **Beatriz S., Maria-Celia H., Maria-Teresa S. (2016).** "Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain". Med oral patol oral cir bucal, 21(6), 672-8.
4. **Inukai M., John M. T., Igarashi Y. (2010).** "Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients". Health and Quality of Life outcomes, 8(1), 231-239.
5. **Maria J.B., Herenia P.L, Maria L.R.S. (2014).** "Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults". Health and Quality of Life Outcomes, 12(1), 165-174.
6. **Rodakowska E., Mierzyńska K., Bagińska J.(2014).** "Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland ". BMC Oral Health, 14(1), 147-155.
7. **Silva A. E. R. (2013).** "Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly". Gerodontology, doi: 10.1111/ger.12050
8. **Ułinski K. G. B., Nascimento M. A., Lima A. M. C. (2013).** "Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly". International journal of dentistry, 2013.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐA HÓA TRỊ LIỆU BỆNH U NGUYÊN BÀO NUÔI

Hồ Giang Nam*, Phạm Thị Thanh Hiền**, Nguyễn Linh Toàn***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét xử trí bệnh u nguyên bào nuôi có chỉ định điều trị đa hóa trị liệu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 338 bệnh nhân chẩn đoán UNBN được điều trị đa HTL tại bệnh viện PSTW trong đó có 162 bệnh nhân được khởi phát điều trị bằng MTX nhưng kháng thuốc; 176 bệnh nhân khởi phát điều trị bằng công thức EMA-CO ngay từ đầu. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ cắt tử cung là 62.4%, bảo tồn tử cung là 37,6%; Tỷ lệ khỏi chung là 80.5%, thất bại là 4.1%, tái phát là 15.4%. Tỷ lệ kháng thuốc đa HTL là 14.5%. UNBN ≥ 7 điểm khởi phát bằng MTX có tỷ kháng thuốc là 28.6%; Tiền sử thai thường, thời gian tiềm ẩn > 4 tháng, vị trí di căn não làm tăng nguy cơ kháng thuốc.

Từ khóa: Bệnh lý tế bào nuôi ác tính nguy cơ cao, EMA/CO, mang thai.

SUMMARY

RESULTS OF MULTI-CHEMOTHERAPY TREATMENT OF TROPHOBLASTIC TUMOR DISEASE

Objectives: Remarks on the treatment of trophoblastic tumor disease indicated to be treated by multi-chemotherapy. Subjects and methods: 338 patients diagnosed with trophoblastic tumor disease are being treated by multi-chemotherapy at National Hospital of Obstetrics and Gynecology, of whom 162

patients are treated by MTX but drug-resistant; 176 patients are treated by the EMA-CO formula from the beginning. **Results:** The rate of uterus cut is 62.4%, the rate of uterus maintenance is 37,6%; the general recovery rate is 80.5%, the failure rate is 4.1%, the relapsing rate is 15.4%. The rate of multi-chemotherapy drug-resistance accounts for 14.5%. Trophoblastic tumor disease of no less than 7 starting points treated by MTX has the drug-resistant rate of 28.6%; Normal pregnancy prehistory, latent period of more than four months, brain metastatic position increases the drug-resistant risk.

Key words: Pathology of high-risk malignant trophoblastic tumor disease, EMA/CO, pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u nguyên bào nuôi (UNBN) là khối u ác tính phát triển từ thành phần lá nuôi của rau thai rồi xâm lấn vào tổ chức người mẹ. Khối UNBN bao gồm chứa trứng xâm lấn (CTXL), ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN) và u nguyên bào nuôi vùng rau bám (UNBNVRB). Bệnh có thể xuất hiện sau bất cứ hình thái thai nghén nào như đẻ thường, sau sẩy thai thường, sau thai lưu, sau chữa ngoài tử cung và đặc biệt là sau chữa trứng (CT). Tỷ lệ biến chứng thành UNBN sau CT từ 15% đến 20%, khoảng 1/3 đến 1/2 số biến chứng có di căn.

Năm 1998 Đinh Thế Mỹ, Lê Minh Châu đã điều trị thành công cho một bệnh nhân UNBN di căn não bằng công thức EMA-CO. Từ đó đến nay công thức này đã được áp dụng cho tất cả những bệnh nhân có tiền lượng bệnh nặng, hiệu quả điều trị cao và ít tác dụng phụ.

*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Giang Nam

Email: giangnamho.snna@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 30/12/2019

Ngày duyệt bài: 6/2/2020

Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (BVPSTU), một trong những trung tâm điều trị sản phụ khoa lớn của cả nước, phần lớn những bệnh nhân bị bệnh UNBN ở phía Bắc đều được theo dõi và điều trị tại đây. Vì vậy, với mong muốn tìm hiểu, nâng cao và hoàn thiện kỹ năng thực hành trong việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh UNBN áp dụng vào thực tiễn, tôi tiến hành thực hiện đề tài "*Nghiên cứu đặc điểm bệnh u nguyên bào nuôi được điều trị đa hóa trị liệu*" với mục tiêu: *Nhận xét xử trí bệnh u nguyên bào nuôi có chỉ định điều trị đa hóa trị liệu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh UNBN, khởi phát điều trị bằng phác đồ MTX-FA nhưng kháng thuốc hoặc bệnh nhân UNBN khởi phát điều trị bằng phác đồ EMA-CO ngay từ đầu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp hồi cứu mô tả.

- Các biến số và chỉ số nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn đánh giá tiên lượng: Dựa vào bảng điểm các yếu tố tiên lượng UNBN của WHO cải tiến năm 2006.

+ Thông tin liên quan đến cách thức xử trí

• Hóa chất + bảo tồn tử cung: Bệnh nhân dưới 45 tuổi, chưa đủ con, đáp ứng tốt với phác đồ hóa chất.

• Hóa chất + cắt tử cung: Bệnh nhân lớn tuổi, đủ con hoặc vỡ nhân di căn tại tử cung, hoặc bệnh nhân kháng thuốc phải chuyển qua phác đồ khác.

+ Phác đồ đa HTL được sử dụng điều trị UNBN kháng thuốc MTX hoặc UNBN nguy cơ cao tại khoa phụ III- BVPSTU là phác đồ **EMA-CO**. Nếu bệnh nhân kháng thuốc, thì chuyển sang phác đồ **EMA-EP**, hoặc phác đồ **BEP**.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS20.0 và các thuật toán thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Thái độ xử trí UNBN

Bảng 3.1. Thái độ xử trí

Thái độ xử trí		Khởi phát bằng MTX (n)	Khởi phát bằng EMACO (n)	Tổng cộng	P	OR 95%CI của OR
Hóa chất+Cắt tử cung	Số BN	83	128	211	0.000	0.4 (0.3-0.6)
	%	39.3	60.7	100		
Hóa chất +Bảo tồn tử cung	Số BN	79	48	127		
	%	62.2	37.8	100		

Tỷ lệ bệnh nhân khởi phát điều trị bằng MTX hoặc EMACO ở bệnh nhân cắt tử cung và bảo tồn tử cung có sự khác biệt với $p < 0.001$.

Tỷ lệ cắt tử cung trong nghiên cứu là 211/338 bệnh nhân, tương đương 62.4%. Kết quả này cao hơn Trần Thị Phương Mai và Phạm Huy Hiền Hào (2004) [1] trên 292 bệnh nhân UNBN, tỷ lệ cắt tử cung ở các bệnh nhân UNBN là 50.7%. Điều này được giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân điều trị đa HTL, nguy cơ cao, trong đó bệnh nhân di căn tử cung, kháng thuốc chiếm tỷ lệ khá lớn, vì vậy tỷ lệ cắt tử cung gián tiếp tăng.

3.2 Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Khỏi	272	80.5
Thất bại	14	4.1
Tái phát	52	15.4
Kháng thuốc đa HTL	49	14.5

3.3 Phác đồ điều trị với tỷ lệ kháng thuốc

Bảng 3.3. Liên quan giữa phác đồ khởi phát và kháng thuốc

Số bệnh nhân điều trị khỏi là 272(80.5%), điều trị thất bại là 14(4.1%), tái phát là 52 (15.4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 338 bệnh nhân đều được sử dụng phác đồ đa HTL, trong đó có 162 bệnh nhân được khởi phát điều trị bằng MTX chiếm 47.9%, còn 176 bệnh nhân khởi phát điều trị bằng EMA-CO ngay từ đầu chiếm 52.1%. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh chung là 80.5%, thất bại là 4.1% bao gồm các bệnh nhân xuất viện trong tình trạng nặng hay tử vong. Số bệnh nhân kháng đa HTL trong nghiên cứu là 49 bệnh nhân chiếm 14.5%, trong khi đó số bệnh nhân tái phát là 52 chiếm 15.4%. Ở nhóm bệnh nhân khởi phát điều trị bằng MTX, tỷ lệ khỏi là 132/162, chiếm 81.5%, thất bại là 3/162 chiếm 1.8%, còn tái phát là 27/162 chiếm 16.7%. Ở nhóm bệnh nhân khởi phát bằng EMA-CO, tỷ lệ khỏi là 140/176 chiếm 79.5%, thất bại là 11/176 chiếm 6.3%, còn tái phát là 14.2%.

Phác đồ điều trị		Kháng thuốc (n)	Không kháng thuốc (n)	Tổng số	P	OR 95%CI
Khởi phát bằng MTX	Số BN	16	146	162	0.02	2.1 (1.1- 4.0)
	%	9.9	90.1	100		
Khởi phát bằng EMA-CO	Số BN	33	143	176		
	%	18.8	81.2	100		

Theo Homesley (2008) điều trị 92 trường hợp UNBN di căn nguy cơ thấp, bắt đầu bằng một loại hóa chất, kết quả cho thấy, khởi ngay là 62 trường hợp chiếm 67.4%, khởi thêm sau thay hóa chất thứ hai là 20 trường hợp chiếm 21.7%, phải phối hợp nhiều loại hóa chất là 1% [2]. Tỷ lệ khởi khi dùng phác đồ EMA-CO hoặc EMA-EP sau khi bệnh nhân kháng MTX của chúng tôi cao hơn hẳn tác giả, thể hiện tính ưu việt của phác đồ gồm 5 loại hóa chất phối hợp.

Năm 1979, sau khi phát hiện ra Etoposid Newlands Bagshawe và cộng sự đã xây dựng công thức EMA-CO và điều trị cho 79 bệnh nhân UNBN di căn nguy cơ cao bằng công thức này, đạt tỷ lệ khởi là 83%, tỷ lệ này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Vũ Bá Quyết từ tháng 6/1998 đến tháng 12/1998 tiến hành điều trị cho 29 bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc điều trị MTX đơn thuần thất bại bằng công thức EMA-CO, kết quả cho thấy: 11 trường

hợp khởi chiếm 37.9%; 3 trường hợp bệnh thuyên giảm về lâm sàng và βhCG nhưng bỏ điều trị; 9 trường hợp kháng MTX chuyển EMA-CO điều trị thành công; 6 trường hợp đang điều trị bệnh thuyên giảm nhanh [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công khi dùng đa HTL cao hơn, sở dĩ như vậy vì bệnh nhân ngày nay được theo dõi và chẩn đoán sớm bệnh UNBN, thời gian tiềm ẩn ngắn, nồng độ βhCG giảm nhanh sau khi loại bỏ thai trứng hoặc cắt tử cung cả khối, đồng thời tỷ lệ di căn đã có xu hướng giảm dần, bệnh nhân lại tuân thủ điều trị, vì vậy kết quả mang lại khá khả quan.

Dựa vào bảng điểm các yếu tố tiên lượng của WHO cải tiến năm 2006, nhóm khởi phát điều trị bằng MTX là những bệnh nhân UNBN nguy cơ thấp, có điểm tiên lượng <7, còn nhóm khởi phát điều trị bằng EMA-CO phải là những bệnh nhân nguy cơ cao, có điểm tiên lượng ≥7.

3.4. Điểm tiên lượng, phác đồ điều trị và tỷ lệ kháng thuốc

Bảng 3.4. Liên quan giữa điểm tiên lượng, phác đồ khởi phát và kháng thuốc

Phác đồ điều trị		Kháng thuốc (n)	Không kháng thuốc (n)	Tổng số	P
<7 điểm +MTX	Số BN	14	141	155	0.001
	%	9	91	100	
<7 điểm +EMACO	Số BN	4	51	55	
	%	7.3	92.7	100	
≥7 điểm +MTX	Số BN	2	5	7	
	%	28.6	71.4	100	
≥7 điểm +EMACO	Số BN	29	92	121	
	%	24	76	100	

Trong nghiên cứu chúng tôi, số bệnh nhân khởi phát bằng MTX là 162 chiếm 47.9%, số bệnh nhân khởi phát bằng EMA-CO là 176 chiếm 52.1%. Tỷ lệ kháng thuốc ở nhóm khởi phát bằng EMA-CO cao gấp 2.1 lần nhóm khởi phát bằng MTX, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên, phân tích số liệu sâu hơn chúng ta lại thấy rằng, trong 162 bệnh nhân khởi phát bằng MTX có 155/162 (95.7%) bệnh nhân có điểm tiên lượng <7, còn lại 7/162 (4.3%) bệnh nhân lại có điểm tiên lượng ≥7. Trong 176 bệnh nhân khởi phát bằng EMA-CO có 55/176 (31.2%) bệnh nhân có điểm tiên lượng <7, còn 121/176 (68.8%) bệnh nhân có điểm tiên lượng ≥7.

7 bệnh nhân có điểm tiên lượng ≥7, khởi phát điều trị bằng MTX, có tỷ lệ kháng thuốc 28.6% và tái phát 14.3%. Mặc dù số bệnh nhân

chưa đủ để mang ý nghĩa thống kê, tuy nhiên điều đó phần nào cho thấy việc áp dụng điều trị đơn HTL với UNBN nguy cơ cao tồn tại nhiều bất cập. Mặt khác, 55 bệnh nhân có điểm tiên lượng <7, lại được khởi phát bằng EMA-CO, mặc dù tỷ lệ khởi bệnh cao (92.7%), tuy nhiên vẫn có 7.3% bệnh nhân kháng thuốc và tỷ lệ tái phát là 7.3%. Đây chính là mâu thuẫn trong việc áp dụng bảng điểm phân loại UNBN nguy cơ cao và nguy cơ thấp của WHO 2006 với việc sử dụng phác đồ hóa chất khởi phát phù hợp. Điều trị đơn HTL cho bệnh nhân UNBN nguy cơ cao có tỷ lệ kháng thuốc và tái phát cao. Ngược lại việc sử dụng đa HTL có thể gây ra rất nhiều tác dụng phụ cho bệnh nhân trong khi với các bệnh nhân tiên lượng nhẹ chỉ cần điều trị đơn HTL là đạt được hiệu quả tốt. Có thể thấy bảng tiên lượng

WHO 2006 có giá trị rất lớn trong định hướng điều trị sao cho phù hợp với tiên lượng bệnh đặc

biệt bệnh nhân tiên lượng nặng cần phải điều trị đa HTL ngay từ đầu.

3.5 Các yếu tố nguy cơ gây kháng thuốc

Bảng 3.5. Các yếu tố nguy cơ gây kháng thuốc

Yếu tố nguy cơ			Kháng thuốc	Tổng cộng	P Đơn biến	P Đa biến Logistic
Tuổi	<40	Số BN	29	243	0.32	0.12
		%	11.9	100		
	≥40	Số BN	20	95		
		%	21.1	100		
Tiền sử thai nghén	CT	Số BN	23	251	0.000 4.2 (2.3-7.9)	0.003
		%	9.2	100		
	Thai thường	Số BN	26	87		
		%	29.9	100		
Thời gian tiềm ẩn	≤4 tháng	Số BN	28	279	0.000 4.9 (2.6-9.6)	0.001
		%	10	100		
	>4 tháng	Số BN	21	59		
		%	35.6	100		
Nồng độ hCG (UI/l)	< 100.000	Số BN	18	177	0.03 2.1 (1.1-3.9)	0.23
		%	10.2	100		
	≥ 100.000	Số BN	31	161		
		%	19.3	100		
Vị trí di căn	Phổi, tử cung, âm đạo	Số BN	40	267	0.003 (Fisher)	0.006
		%	15	100		
	Não	Số BN	4	5		
		%	80	100		
Kích thước nhân di căn	≤ 5	Số BN	33	221	0.25	0.40
		%	14.9	100		
	> 5	Số BN	11	51		
		%	21.6	100		
Số lượng nhân di căn	≤8	Số BN	31	226	0.015 2.5 (1.2-5.2)	0.06
		%	13.7	100		
	>8	Số BN	13	46		
		%	28.3	100		

Khi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ này, chúng tôi thấy rằng, đặc điểm bệnh nhân UNBN có tiền sử thai thường và thời gian tiềm ẩn > 4 tháng là hai yếu tố nguy cơ chính làm gia tăng tỷ lệ kháng thuốc, với p đa biến đều <0.01. Các bệnh nhân sau các hình thức không phải là CT thường hay chủ quan, khi có dấu hiệu ra máu hay tình trạng nghén kéo dài mới đến các cơ sở y tế khám, nhưng dễ bị nhầm tưởng với sót rau, do vậy rất nhiều bệnh nhân đã nạo 3 - 4 lần tại các cơ sở không có xét nghiệm, không làm GPBL, khi phát hiện ra biến chứng thì đã xuất hiện di căn ở các cơ quan. Ở những nhân này, thời gian tiềm ẩn kéo dài, thường > 4 tháng, vì vậy điểm tiên lượng thường ≥ 7 điểm, nguy cơ kháng thuốc tăng lên. Trong 1 hồi cứu của Wong [4] gồm 55 bệnh nhân bị UNBN di căn, đánh giá mối tương quan của các yếu tố nguy cơ, khi phân tích hồi quy đa biến tác giả nhận thấy 2 yếu tố có ảnh hưởng quan trọng

là βhCG và khoảng cách từ khi chấm dứt thai đến lúc can thiệp điều trị. Một số tác giả khác cũng có nhận xét tương tự. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do bệnh nhân UNBN sau hình thức thai thường, thời gian tiềm ẩn > 4 tháng đến viện được xử trí cắt tử cung hoàn toàn sớm, do đó loại bỏ được nguồn phát tán của NBN, nồng độ βhCG sẽ giảm thấp, thường < 100.000UI/l. Vì vậy thực chất quá trình điều trị chỉ được khởi phát sau khi đã được phẫu thuật, nên nguy cơ kháng thuốc ở các đối tượng bệnh nhân UNBN này chủ yếu phụ thuộc vào hai yếu tố nguy cơ là tiền sử thai nghén và thời gian tiềm ẩn.

Khi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ của đặc điểm di căn, chúng tôi nhận thấy chỉ có vị trí di căn não gây ra nguy cơ kháng thuốc chính, còn các yếu tố khác không thấy có mối liên quan nào trong việc thúc đẩy tỷ lệ kháng thuốc ở bệnh nhân UNBN. Bệnh nhân di căn não

thường có kích thước nhân di căn rất nhỏ và số lượng nhân di căn tối đa chỉ vài ổ, tỷ lệ kháng thuốc không phụ thuộc vào hai yếu tố kể trên mà chủ yếu do việc tiếp cận điều trị đối tượng bệnh nhân này rất khó khăn, không thể phẫu thuật được. Mặt khác chỉ định tiêm trực tiếp hóa chất vào dịch não tủy còn nhiều bất cập trong ứng dụng thực hành lâm sàng, vì vậy không thể loại bỏ tổn thương di căn não sớm, tình trạng kháng thuốc rất dễ xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Đa hóa trị với phác đồ là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cho những bệnh nhân bệnh lý UNBN nguy cơ cao. Các đặc điểm tiền sử thai thường, thời gian tiềm ẩn >4 tháng, vị trí di căn não làm tăng nguy cơ kháng thuốc ở bệnh nhân UNBN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Huy Hiền Hào (2004)** "Vai trò của βhCG huyết thanh trong theo dõi sau nạo chữa trứng, điều trị u nguyên bào nuôi và một số yếu tố liên quan đến tái phát", Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Homesley H. D, John A. B, Rettenmaier M (2008)**. "Weekly Intramuscular Methotrexate for nonmetastatic gestational trophoblastic Disease", *Obstetric & Gynecology*, Vol 72, No3, pp.413 - 418.
3. **Vũ Bá Quyết và Đặng Quang Hùng (2009)** "Đánh giá kết quả điều trị UNBN tại bệnh viện PSTU 5 năm (2004-2008)", Đại hội toàn quốc và hội nghị khoa học hội phụ sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam lần thứ XVI, tr. 136-141.
4. **Wong, L.-C., H.Y.S.Ngan(2000)** "Methotrexate infusion in low-risk gestational trophoblastic disease", *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 183, pp. 1579-82.
5. **Priyanka KR, Pariseema DS (2015)** High risk gestational trophoblastic diseases: Diagnosis and primary management with EMACO chemotherapy, *Asian Pac. J. Health Sci.*, 2(4):82-86.

NHẬN XÉT CƠ CẤU CHẤN THƯƠNG GÂY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phan Duy Vĩnh*, Vũ Ngọc Lâm**, Nguyễn Quang Đức**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp, thống kê và phân tích để đưa ra cơ cấu tổn thương gãy xương vùng hàm mặt do chấn thương trong thời gian gần đây nhằm mục đích định hướng trong công tác cấp cứu, xử trí phù hợp nhất để nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** 616 bệnh nhân chấn thương gãy xương hàm mặt được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2019. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ Nam: Nữ là 6,8:1, nam giới chiếm 87,3%. Nhóm tuổi 19-39 chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,6%. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 80,5%. Về hình thái gãy xương hàm mặt: 62,7% gãy xương tầng mặt giữa, 21,8% gãy xương hàm dưới, 15,3% gãy phức hợp liên tầng. **Kết luận:** Gãy xương vùng hàm mặt có nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Tổn thương xảy ra ở cả 3 tầng mặt, tầng giữa chiếm tỷ lệ cao nhất.

Từ khóa: Gãy xương hàm mặt.

SUMMARY

THE FEATURE OF THE TRAUMATIC MAXILOFACIAL FRACTURES IN THE 108

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
 **Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Phan Duy Vĩnh
 Email: rangthai@gmail.com
 Ngày nhận bài: 6/1/2020
 Ngày phản biện khoa học: 3/2/2020
 Ngày duyệt bài: 22/2/2020

MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Summary, statistics and analysis to give out the feature of the traumatic maxillofacial fractures in recent time to aim the direction of emergency, the most appropriate management to improve the quality treatment for patients. **Subject and method:** 616 patients maxillofacial fractures were treated in the 108 Military Central Hospital from June 2017 to June 2019. Cross sectional descriptive, retrospective study. **Result:** Rate of Male: Female is 6,8:1, men occupied 87,3%. The 19-39 age group accounted for the highest rate (64,6%). The main reason due to traffic accident, accounting for the 80,5%. For the maxillofacial fracture: The midfacial fracture occupied 62,7%, the mandibular fractures 21,8%, the Panfacial fracture 15,3%. **Conclusion:** Traffic accident was the most common cause of maxillofacial fracture. Damages occurred in all the lower face, midface and upper face but fracture of the middle part of the face accounted for the highest percent.

Keywords: Maxillofacial fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương vùng hàm mặt là một cấp cứu hay gặp trong cuộc sống thường ngày. Có nhiều nguyên nhân gây chấn thương hàm mặt như tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao... trong đó tai nạn giao thông đường bộ là phổ biến nhất.

Ở Việt Nam, Tỷ lệ chấn thương hàm mặt ngày càng nhiều và phức tạp do sự gia tăng số vụ tai nạn xe cơ giới, đặc biệt do tình trạng sử dụng xe

gắn máy không tuân thủ luật an toàn giao thông (tính chung trong 6 tháng đầu năm 2019, cả nước xảy ra 8385 vụ tai nạn giao thông, làm chết 3810 người và bị thương 6358 người - Nguồn: Ủy ban an toàn giao thông quốc gia).

Khuôn mặt là nơi dễ thấy nhất trên cơ thể con người, do đó nó rất quan trọng về mặt thẩm mỹ, giao tiếp xã hội. Ngoài ra ở vùng mặt còn có các chức năng quan trọng khác như ăn nhai, nói nuốt, phát âm, nhìn...

Gãy xương vùng hàm mặt có thể ảnh hưởng tới chức năng, thẩm mỹ, thậm chí tính mạng người bệnh nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Tuỳ thuộc vào đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị, chấn thương gãy xương vùng hàm mặt có thể để lại các di chứng về chức năng và thẩm mỹ gây tác động tiêu cực đáng kể đến chất lượng cuộc sống và các hoạt động xã hội của người bệnh.

Việc phân tích được nguyên nhân, các dạng tổn thương trong chấn thương gãy xương vùng hàm mặt - cơ cấu bệnh lý sẽ giúp các bác sĩ chuyên ngành định hướng tốt cho việc chẩn đoán sớm, chính xác và từ đó có phương hướng điều trị thích hợp nhất cũng như đưa ra một số hướng dẫn quan trọng để phòng ngừa tai biến - biến chứng gãy xương hàm mặt trong thời gian tới.

Với mục đích đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này dựa trên 616 bệnh nhân được điều trị tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 từ tháng 6-2017 đến tháng 6-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của bệnh nhân bị chấn thương gãy xương vùng hàm mặt điều trị tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện TƯ Quân Đội 108 từ 06/2017 đến 06/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Là phương pháp nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả các bệnh án của bệnh nhân chấn thương gãy xương vùng hàm mặt vào điều trị tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện TƯ Quân Đội 108 từ 06/2017 đến 06/2019. Mẫu nghiên cứu thu được n = 616 bệnh án (bệnh nhân).

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh án bệnh nhân chấn thương mới được lưu trữ có đầy đủ các thông tin theo yêu cầu của mục tiêu nghiên cứu, được ghi chép rõ ràng, có diễn biến điều trị và kết quả lúc ra viện.

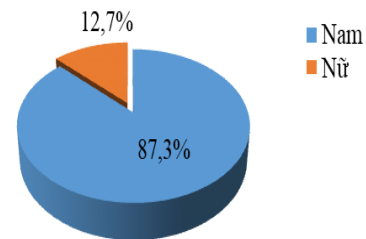
- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án bệnh nhân di chứng chấn thương, không có đủ thông tin cần

nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi và giới



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới

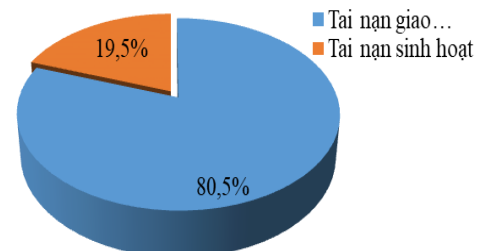
Nhận xét: Có sự khác biệt về giới 87,3% là nam, tỷ lệ nam/nữ là 6,8/1

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ %
0-5	0	0
6-18	45	7,3
19-39	398	64,6
40-60	142	23,1
> 60	31	5
Tổng	616	100

Nhận xét: Nhóm tuổi 19 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 64,6%

Nguyên nhân chấn thương

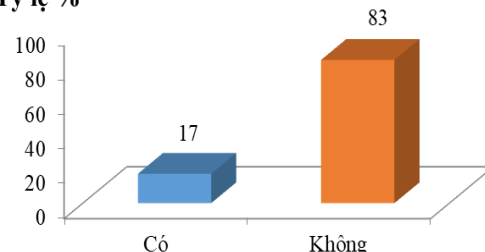


Biểu đồ 2. Nguyên nhân chấn thương

Nhận xét: 80,5% nguyên nhân chấn thương gãy xương hàm mặt là do tai nạn giao thông

Tổn thương phối hợp

Tỷ lệ %



Biểu đồ 3. Tổn thương phối hợp

Nhận xét: 17% các trường hợp bị chấn thương hàm mặt có tổn thương kèm theo.

3.2. Các hình thái gãy xương vùng hàm mặt

Bảng 2. Phân bố khu vực gãy xương

Số tầng mặt	Tầng mặt trên	Tầng mặt giữa	Tầng mặt dưới	TM trên + TM giữa	TM giữa + TM dưới	Cả 3 tầng mặt	Tổng
Số lượng	2	386	134	20	68	6	616
Tỷ lệ %	0,3	62,7	21,8	3,2	11	1	100

Nhận xét: Tồn thương tầng mặt giữa đơn thuần hay gặp nhất chiếm 62,7%.

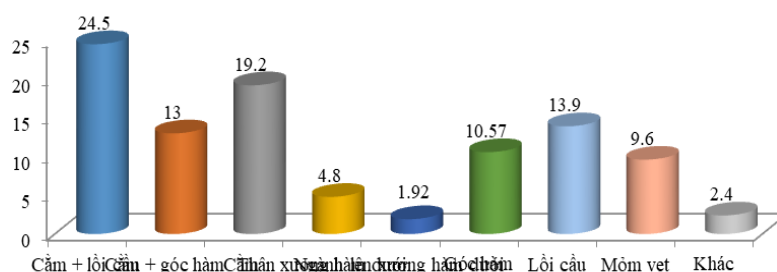
Bảng 3. Gãy xương tầng mặt giữa (n=480)

Đường gãy	Số BN	Tỷ lệ %
Lefort 1	4	0,83
Lefort 2	49	10,2
Lefort 3	6	1,25
Gò má + hàm trên	101	21,04
Gò má + mũi	17	3,54
Gò má + khẩu cái	2	0,42
Hàm trên	5	1,04

Gò má cung tiếp	78	16,25
Mũi	218	45,4
Tổng	480	100

Nhận xét: Xương mũi là xương hay bị gãy nhất trong các xương của tầng mặt giữa. Gãy phức hợp gò má - hàm trên chiếm đa số các kiểu gãy phức hợp tầng mặt giữa, chiếm 21,04% các trường hợp gãy xương tầng mặt giữa.

Tỷ lệ %



Biểu đồ 4. Gãy xương hàm dưới (n = 208)

Nhận xét: Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

• **Vấn đề về tuổi và giới.** Nghiên cứu trên 616 bệnh nhân thấy số bệnh nhân nam bị chấn thương gãy xương hàm mặt chiếm 87,3%, nữ chiếm 12,7%, tỷ lệ Nam: Nữ là 6,8:1 (Biểu đồ 1).

Điều này có thể được giải thích bởi thực tế trong cuộc sống nam giới tiếp cận nhiều với các hoạt động xã hội như uống rượu, lái xe và bạo lực hơn nữ giới. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác về chấn thương gãy xương hàm mặt. Theo Phạm Văn Liệu thì tỷ lệ mắc chấn thương hàm mặt của Nam: Nữ là 4:1[1]. Ở Hàn Quốc thì một nghiên cứu của Kyung-Pil Park và cộng sự trên 1284 bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt thấy nam giới chiếm phần nhiều (74,6%), tỷ lệ Nam: Nữ là 3,2:1 [2].

Các tác giả khác trên thế giới đã có báo cáo kết quả tương tự. Morris [3] và Greathouse [4] báo cáo tỷ lệ Nam: Nữ lần lượt là 5:1 và 2,7:1 trong các nghiên cứu của họ. Đặc biệt ở UAE,

AlAhmed và cộng sự đã báo cáo có sự chênh lệch rất lớn đối với nam giới với tỷ lệ Nam: Nữ là 11:1. Điều này được giải thích có thể do đặc điểm riêng ở quốc gia đạo hồi UAE, nơi tự do xã hội của Phụ nữ bị hạn chế nhiều hơn so với quốc gia khác.

Theo bảng 1, chúng tôi không gặp trường hợp nào gãy xương hàm mặt ở độ tuổi dưới 5. Điều này có thể do một số nguyên nhân: Trẻ dưới 5 tuổi là lứa tuổi mẫu giáo nên thường được quản lý chặt chẽ hơn, các hoạt động thể chất cũng ít hơn và thường chưa hiểu động so với lứa tuổi học sinh, việc tham gia giao thông cũng ít và được bảo vệ an toàn tốt hơn; ngoài ra có thể có lý do là các cháu sẽ được chuyển đến điều trị tại Bệnh viện Nhi chứ không đến Bệnh viện TƯ Quân đội 108. Nhóm tuổi 19-39 là nhóm tuổi hay bị chấn thương gãy xương hàm mặt nhất với 64,6%, theo sau là nhóm tuổi 40-60 với 23,1%. Hoạt động thể chất và xã hội cao ở nhóm tuổi này có thể làm tăng nguy cơ tiếp xúc với chấn thương. Đây cũng là nhóm tuổi lao

động chính trong xã hội nên chiếm tỷ lệ cao trong số các trường hợp bị chấn thương là phù hợp. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Lâm Ngọc Ẩn tổng kết 2989 bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt thời bình thấy 50,12% bệnh nhân ở nhóm 21-30 tuổi [5]. Phạm Văn Liệu khi tham khảo 49 đề tài được báo cáo từ năm 1955 đến năm 2009 với tổng số 45376 trường hợp bị chấn thương hàm mặt thấy lứa tuổi hay gặp nhất là 21-30 tuổi với tỷ lệ 38,1% [1]. Việc phân tích lứa tuổi hay gặp chấn thương gãy xương hàm mặt cho thấy tại các cơ sở điều trị chuyên sâu về phẫu thuật hàm mặt cần chuẩn bị sẵn các cơ sở vật tư về dụng cụ, phương tiện phẫu thuật, các loại nẹp vít, chỉ thép... của người lớn để đảm bảo chất lượng điều trị tốt nhất. Và với lứa tuổi 19-39 có tỉ lệ chấn thương cao tuy nhiên tiên lượng thường tốt do thể trạng bệnh nhân tốt, ít mắc các bệnh mãn tính, bệnh kết hợp ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

• **Nguyên nhân chấn thương.** Có nhiều nguyên nhân gây chấn thương gãy xương hàm mặt. Trong nghiên cứu này chúng tôi chia làm 2 nhóm nguyên nhân chính là do tai nạn giao thông và do tai nạn sinh hoạt.

Trong số 616 bệnh nhân chúng tôi gặp, tai nạn giao thông, đặc biệt là tai nạn xe máy chiếm 80,5%. Các tác giả Lâm Ngọc Ẩn, Phạm Văn Liệu khi nghiên cứu nguyên nhân chấn thương hàm mặt cũng thấy kết quả do tai nạn giao thông lần lượt là 79,5% và 52% [1, 5]. Điều này nói lên ý thức, văn hoá khi tham gia giao thông của một bộ phận người dân còn chưa cao, tình trạng sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông còn nhiều. Trong nghiên cứu của Maj MG Venugopal và cộng sự cũng chỉ ra 87% nguyên nhân chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông, chủ yếu là tai nạn xe máy [6].

Nhóm nguyên nhân còn lại gọi chung là tai nạn sinh hoạt (gồm tai nạn thể thao, ngã, đánh nhau...) chiếm tỷ lệ 19,5%.

• **Tổn thương phối hợp.** Vì nguyên nhân chấn thương hàm mặt thường là tai nạn giao thông, mà khi bị tai nạn giao thông thường ít nhiều có ảnh hưởng đến các cơ quan, bộ phận khác trên cơ thể. Trong nghiên cứu này chúng tôi xếp các dạng tổn thương như chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng, chi thể... vào chung thành nhóm có tổn thương phối hợp khi bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt. Theo đó, 616 bệnh nhân trong nghiên cứu này khi bị chấn thương hàm mặt thì có 105 bệnh nhân (17%) là có đồng thời các tổn thương phối hợp nêu trên, đòi hỏi cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp

thời, tránh các biến chứng và nguy cơ có thể xảy ra. Khi bệnh nhân có tổn thương phối hợp thì việc xử trí cấp cứu cần tuân thủ theo nguyên tắc ưu tiên giải quyết các tổn thương nguy hiểm tính mạng trước (suy hô hấp- suy tuần hoàn- chấn thương sọ não...) [7].

4.2. Các hình thái tổn thương gãy xương vùng hàm mặt

Có nhiều hình thái tổn thương khác nhau trong chấn thương gãy xương hàm mặt như chỉ gãy tầng mặt trên, giữa, dưới hoặc gãy phức hợp tầng mặt trên- tầng mặt giữa, tầng mặt giữa, tầng mặt dưới, hoặc có khi gãy cả 3 tầng mặt.

Nghiên cứu này chỉ ra có 62,7% trường hợp có gãy xương tầng giữa mặt đơn thuần. Tầng mặt giữa được cấu tạo từ nhiều xương, trong đó có nhiều xương mỏng kết nối với nhau. Vì có nhiều xương nhỏ, mỏng nên khi bị va đập xương vùng này dễ bị tổn thương nhất. Kết quả trên cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Phạm Văn Liệu là 59,3% [1] và Kyung- Pil Park là 58,75% [2]. Trong tầng mặt giữa thì xương mũi là xương hay bị gãy nhất với 60,4% các trường hợp có gãy xương mũi (cả gãy đơn thuần và gãy phối hợp).

Xương mũi là xương nhỏ, mỏng, chịu được lực cơ học nhỏ. Mũi cũng là khu vực nhô ra cao nhất trên khuôn mặt, nên khi có lực tác động vào vùng mặt thì xương mũi dễ bị tổn thương nhất. Nghiên cứu của Kyung-Pil Park và cộng sự cho kết quả 86,2% chỉ gãy xương tầng mặt giữa và trong đó có 65% trường hợp bệnh nhân có gãy xương mũi [2].

Gò má cung tiếp là một phức hợp xương mỏng, nhỏ, uốn cong nhô ra phía trước. Khi có lực tác động đủ mạnh vào thì xương này cũng dễ gãy. Nghiên cứu chỉ ra có 42,5% trường hợp gãy xương tầng mặt giữa là có gãy gò má cung tiếp. Tỷ lệ này theo Kyung-Pil Park là 15,3% [2], thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi có thể vì trong nhóm tai nạn giao thông chủ yếu do xe máy, dễ gây gãy xương gò má- cung tiếp hơn tai nạn ô tô.

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 179 trường hợp (37,3%) có gãy phức hợp xương tầng giữa mặt, trong đó hay gặp nhất là gãy phức hợp xương Gò má- hàm trên (ZMC), chiếm 21,04% các trường hợp gãy xương tầng giữa mặt. Nghiên cứu của Phạm Văn Liệu cho kết quả tương tự là 33,7% [1]. Theo Kyung-Pil Park [2] thì 23,4% các trường hợp có gãy phức hợp xương tầng mặt giữa, cao nhất là gãy Gò má- Hàm trên (12,4%).

Xương hàm dưới (tầng mặt dưới) là xương khoẻ nhất- lớn nhất trong toàn bộ khối xương

mặt, nhưng gãy xương hàm dưới lại hay xảy ra. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gãy xương hàm dưới đơn thuần là 21,8%, tính cả các trường hợp gãy phức hợp thì tỷ lệ này là 33,8% trên tổng số bệnh nhân gãy xương hàm mặt. Nghiên cứu của Phạm Văn Liệu cho kết quả 40,7% [1], theo Kyung-Pil Park thì tỷ lệ này là 19,3% [2], có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Cấu tạo xương hàm dưới có một số điểm yếu như vùng cằm, góc hàm, lõm cầu, mà khi có lực mạnh tác động vào có thể gây gãy xương. Theo nghiên cứu thì vùng cằm là nơi hay xảy ra gãy nhất với 56,7% các trường hợp có gãy xương hàm dưới vùng cằm gồm cả gãy đơn thuần và gãy phức hợp.

Trong gãy phức hợp xương hàm dưới, hay gặp nhất là gãy phức hợp cằm- lõm cầu (24,5%) và cằm- góc hàm (13%). Điều này hoàn toàn dễ hiểu vì đây là các điểm yếu của xương hàm dưới và do hướng truyền của lực mà khi gãy vùng cằm thì có gãy cả góc hàm và lõm cầu.

Theo Kyung-Pil Park [2] có 47,5% gãy xương hàm dưới (Cả đơn thuần+ phối hợp), trong đó gãy phức hợp cằm- lõm cầu là 15,3% và phức hợp cằm- góc hàm là 10,7%.

Trương Nhật Khuê nghiên cứu về gãy xương hàm dưới thấy gãy phức hợp Cằm- Góc hàm hay gặp nhất, chiếm 49,05% các trường hợp gãy xương hàm dưới [8].

Trong nghiên cứu này ta thấy chấn thương hàm mặt không chỉ gãy đơn thuần từng tầng mặt mà còn gặp gãy phức hợp các xương thuộc tầng mặt trên- tầng mặt giữa, tầng mặt giữa- tầng mặt dưới, cả 3 tầng mặt trên- giữa- dưới mà chúng tôi thống nhất gọi là gãy phức hợp liên tầng mặt.

Hay gặp nhất là gãy phức hợp tầng mặt giữa- tầng mặt dưới (11%).

Chấn thương gãy xương cả ở 3 tầng mặt trong nghiên cứu này chỉ gặp 1%. Theo William Curtis thì tỷ lệ này xấp xỉ 4-10% tất cả các chấn thương hàm mặt [7]. Dù tỷ lệ nhỏ nhưng đây là chấn thương nặng, thường có kèm tổn thương các cơ quan khác như sọ não, ngực, bụng... và nếu không điều trị tốt sẽ để lại những di chứng nặng nề.

Gãy liên tầng vùng mặt là tổn thương gây ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng, thẩm mỹ, thường xuyên để lại những di chứng nặng nề và rất hay bị bỏ sót tổn thương ở các tuyến trước.

V. KẾT LUẬN

-Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nam chiếm tỷ lệ cao (87,3%), tỷ lệ Nam:Nữ là

6,8:1. Nhóm tuổi hay gặp chấn thương hàm mặt là 19-39 tuổi (64,6%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây chấn thương hàm mặt (80,5%). 17% bệnh nhân chấn thương hàm mặt có các tổn thương phối hợp ở các cơ quan khác.

-Các hình thái gãy xương hàm mặt: Tầng giữa mặt là nơi có các xương gãy nhiều nhất (77,9%), xương mũi là xương hay bị gãy nhất (60,4%). Gãy phức hợp Gò má -Hàm trên là loại gãy phức hợp hay gặp nhất ở tầng mặt giữa (21,04%).

Tỷ lệ gãy xương hàm dưới là 33,8%, trong đó hay gặp nhất là gãy vùng cằm (56,7%). Gãy phức hợp Cằm- lõm cầu là loại gãy phức hợp hay gặp nhất (24,5%).

Gãy phức hợp liên tầng (2 tầng mặt trở lên) trong nghiên cứu này có tỷ lệ 15,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Liệu (2006)**, "Tổng quan về chấn thương gãy xương vùng hàm mặt và phương pháp điều trị", Tuyển tập công trình NCKH - RHM, Trường ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh, NXB Y học 2006, tr. 123-130.
2. **Kyung-Pil Park, Seong-Un Lim Jeong-Hwan Kim, Won-Bae Chun, Dong-Whan Shin, Jun-Young Kim, Ho Lee (2015)** Fracture patterns in the maxillofacial region: a four-year retrospective study. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Seoul National University, Grand Dental Clinic, Seoul, Korea.
3. **Morris C, Bebeau NP, Brockhoff H, Tandon R, Tiwana P (2015)**, Mandibular fractures: an analysis of the epidemiology and patterns of injury in 4,143 fractures. J Oral Maxillofac Surg; 73:951.e1- 12.
4. **Greathouse ST, Adkinson JM, Garza R 3rd, Gilstrap J, Miller NF, Eid SM, et al (2015)**, Impact of injury mechanisms on patterns and management of facial fractures. J Craniofac Surg; 26:1529-33.
5. **Lâm Ngọc Ân, Đặng Duy Hiếu, Huỳnh Đại Hải, Trần Hồng Hạnh, Lâm Hoài Phương, Bùi Hữu Lâm, Trần Ngọc Quảng Phi (1993)**, "Chấn thương vùng mặt do nguyên nhân thông thường". Kỷ yếu công trình khoa học, Viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh. Tr. 127 - 131.
6. **Maj MG Venugopal, Col R Sinha, Col PS Menon, Col PK Chattopadhyay, Col SK Roy Chowdhury (2010)** Fractures in the Maxillofacial Region: A Four Year Retrospective Study. MJAFI, Vol.66, No.1, 2010.
7. **William Curtis, Bruce B. Horwell (2013)**. Panfacial Fracture an Approach to Management; Oral and Maxillofacial Surgery Clinics, November 2013 Volume 25, Issue 4, Pages 649-660.
8. **Trương Nhật Khuê (2012)** Nghiên cứu đặc điểm gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2009-2010. Luận án Tiến sĩ y học, tr. 71-72.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA LÂM SÀNG, X QUANG VÀ SỐ LƯỢNG TCD 4 Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI AFB (+) ĐỒNG NHIỄM HIV

Đặng Vĩnh Hiệp*, Đinh Dương Tùng Anh**, Nguyễn Năng Viện***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mối tương quan giữa lâm sàng, X quang và số lượng TCD 4 ở BN lao phổi AFB (+) đồng nhiễm HIV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang ở 148 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là lao phổi AFB (+) đồng nhiễm HIV/AIDS, điều trị từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 1 năm 2019 tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Tp.HCM. **Kết quả: Liên quan giữa TCD4 với lâm sàng:** Số lượng TCD 4 liên quan với thể trạng bệnh nhân, triệu chứng sốt và khó thở, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng TCD 4 và triệu chứng ho không có sự tương quan, $p > 0,05$. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với hạch ngoại vi: triệu chứng hạch ngoại vi gặp tỷ lệ tương đương nhau ở cả hai nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml và TCD4 > 200tb/ml; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. BN nhiễm khuẩn và nhiễm nấm cơ hội ở nhóm BN có TCD4 < 200tg/ml gặp tỷ lệ nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, trong đó nhiễm nấm có sự khác biệt giữa hai nhóm, $p < 0,05$. **Mối liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với tổn thương trên Xquang phổi:** Hình ảnh tổn thương khu trú ở một bên phổi ở nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml gặp nhiều hơn nhóm có TCD4 < 200tb/ml, khác nhau không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tổn thương có hang, và thâm nhiễm ở hai nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml và < 200tb/ml gặp tỷ lệ tương đương nhau, không có sự khác biệt, $p > 0,05$. Tổn thương nốt hạt kê ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml gặp tỷ lệ nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Từ khóa: Lao phổi, HIV, đồng nhiễm, TCD 4, X Quang phổi, nhiễm trùng cơ hội

SUMMARY

STUDY OF CORRELATION BETWEEN CLINICAL, CHEST XRAY AND TCD4+ CELL COUNT IN PATIENT WITH HIV CO-INFECTION TB WITH AFB POSITIVE

Purpose: Study of correlation between the clinical, chest xray and TCD4+ cell count in patient with HIV co-infection TB with AFB positive. **Material and method:** Prospectively descriptive study in 148 co-infection TB and HIV with AFB test positive have been diagnosed and treated in Phạm Ngọc Thạch hospital from 10/2017 to 01/2019. **Results:**

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,

**Đại học Y dược Hải Phòng,

***BV Lao Phạm Ngọc Thạch.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 30/1/2020

Ngày duyệt bài: 21/2/2020

Corelation between TCD4 cell count and clinical: TCD4 cell count has close relationship with patient weight, fever and breathing difficulties, with high stastical significance with $p - \text{value} < 0.05$. TCD4 cell count has not relationship with the coughing, no stastical significance difference with $p - \text{value} > 0.05$. Correlation between TCD 4 cell count and peripheral lympho node: the peripheral lympho node was similar in both patients with TCD 4 cell count < 200/ml and TCD4 > 200/ml, no stastical significance difference with $p - \text{value} > 0.05$. The opportunistic infection rate in patient with TCD4 cell count < 200/ml is higher than patients with TCD4 cell count > 200/ml, high stastical significance difference with $p - \text{value} < 0.05$.

Corelation between TCD4 cell count and chest xray findings: Unilateral lung lesion rate inpatients with TCD 4 cell count < 200/ml is higher than patient with TCD4 > 200/ml, no stastical significance difference with $p - \text{value} > 0.05$. Cavity lesion, and infiltrated lesion rate are similar in patients with TCD 4 cell count < 200/ml and TCD4 > 200/ml, no stastical significance difference with $p - \text{value} > 0.05$. The miliary lesion in patient with TCD4 cell count < 200/ml is higher than patients with TCD4 cell count > 200/ml, high stastical significance difference with $p - \text{value} < 0.05$.

Key words: Tuberculosis, HIV, c-infection, TCD 4 cell count, chest xray, opportunistic infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi phát hiện ra HIV/AIDS thì lao phổi hay gặp đồng nhiễm với bệnh lý này. Theo báo cáo của WHO, năm 2018 (TCYTGTG-WHO Report 2018- Golbal Tuberculosis Coltrol), ước tính năm 2017 trên toàn cầu có khoảng 10 triệu người mắc lao hàng năm (khoảng 9-10 triệu) và 9% trong số đó mắc lao có đồng nhiễm HIV. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 2 trong các nguyên nhân nhiễm trùng với khoảng 1,3 triệu người tử vong do lao và có thêm 300.000 ca tử vong do đồng nhiễm HIV[1]. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của lao phổi ở người nhiễm HIV có liên quan tới mức độ tổn thương hệ miễn dịch, dễ nhầm lẫn với các nhiễm trùng cơ hội khác thường gặp. Hình ảnh Xquang phổi không điển hình làm cho việc chẩn đoán cũng như điều trị rất khó khăn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Mối tương quan giữa lâm sàng, X Quang và số lượng TCD 4 ở BN lao phổi có AFB (+) đồng nhiễm HIV"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu ở 148 BN được chẩn đoán xác định là lao phổi AFB (+) đồng nhiễm HIV/AIDS, điều trị từ tháng 10

năm 2017 đến tháng 1 năm 2019 tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Tp.HCM.

2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Quy trình nghiên cứu: Tiến hành thu thập

các số liệu về lâm sàng, xét nghiệm số lượng TCD 4 và các dấu hiệu XQ theo mẫu bệnh án có sẵn. Tiến hành phân tích số liệu theo phần mềm thống kê thích hợp và đưa ra kết quả theo mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Mối liên quan giữa tế bào TCD4 với thể trạng bệnh nhân

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Tỷ lệ	%	
Thể trạng BN					
Gầy (n = 103)	19	45,23	84	79,24	< 0,05
Bình thường (n = 45)	23	54,77	22	20,76	< 0,05
Tổng số	42	100,0	106	100,0	

Nhận xét: BN gầy hay gặp ở nhóm BN có số lượng TCD4 < 200tb/ml, BN có thể trạng bình thường hay gặp ở nhóm BN có TCD 4 > 200tb/ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với triệu chứng sốt

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Tỷ lệ	%	
Triệu chứng					
Có sốt (n=74)	11	26,19	63	59,43	< 0,05
Không sốt (n=74)	31	73,81	43	40,56	> 0,05
Tổng số	42	100,0	106	100,0	

Nhận xét: BN có sốt gặp ở nhóm có số lượng TCD4 < 200tb/ml nhiều hơn nhóm có số lượng TCD4 > 200tb/ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với triệu chứng ho

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Triệu chứng					
Ho khan (n=19)	8	19,0	11	10,37	>0,05
Ho đờm (n=128)	33	78,57	95	89,62	>0,05
Ho ra máu (n=1)	1	2,3	0	0	
Tổng	42		106		

Nhận xét: Triệu chứng ho khan, ho đờm ở hai nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml và > 200tb/ml gặp tỷ lệ tương đương nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với triệu chứng khó thở

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Triệu chứng					
Khó thở (n= 84)	12	28,57	72	67,92	<0,05
Không khó thở (n = 64)	30	71,43	34	32,08	<0,05
Tổng	42	100,0	106	100,0	

Nhận xét: Các BN có khó thở ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml; trong khi không khó thở ở nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml nhiều hơn nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml. khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với hạch ngoại vi

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Tỷ lệ	%	
Hạch ngoại vi					
Có (n = 25)	6	14,28	19	17,92	> 0,05
Không có (n = 123)	36	85,72	87	82,08	>0,05
Tổng số	42	100,0	106	100,0	

Nhận xét: Triệu chứng hạch ngoại vi gặp tỷ lệ tương đương nhau ở cả hai nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml và TCD4 > 200tb/ml; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa số lượng TCD4 với tình trạng nhiễm trùng cơ hội

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Tỷ lệ	%	
Nhiễm khuẩn (n=50)	13/42	30,95	37/106	34,90	>0,05
Nhiễm nấm (n=18)	3/42	7,14	15/106	14,15	<0,05

Nhận xét: số BN nhiễm khuẩn và nhiễm nấm ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml gấp tỷ lệ nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, trong đó nhiễm nấm có sự khác biệt giữa hai nhóm, p < 0,05

2. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với đặc điểm X Quang phổi:

Bảng 7. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với vị trí tổn thương trên X quang phổi

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Tỷ lệ	%	
Tổn thương khu trú ở một bên phổi (n=33)	13	30,95	20	18,86	>0,05
Tổn thương lan tràn hai bên phổi (n=115)	29	69,05	86	81,14	>0,05
Tổng	42	100,0	106	100,0	

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương khu trú ở một bên phổi ở nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml gặp nhiều hơn nhóm có TCD4 < 200tb/ml; ngược lại tổn thương lan tràn hai bên phổi ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml gặp nhiều hơn nhóm có TCD4 > 200tb/ml. khác nhau không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05

Bảng 8. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với đặc điểm tổn thương trên X quang phổi

Số lượng TCD4	TCD4 > 200tb/ml (n = 42)		TCD4 < 200tb/ml (n = 106)		p
	Số lượng	%	Tỷ lệ	%	
Tổn thương hang					
Cổ hang (n=7)	2/42	4,76	5/106	4,71	>0,05
Nốt hạt kê (n=22)	3/42	7,14	19/106	17,92	<0,05
Thâm nhiễm không thuần nhất (n=112)	34/42	80,96	78/106	73,58	>0,05

Nhận xét: Tổn thương cổ hang, và thâm nhiễm ở hai nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml và < 200tb/ml gặp tỷ lệ tương đương nhau, không có sự khác biệt, p > 0,05. Hình ảnh tổn thương nốt hạt kê ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml gặp tỷ lệ nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, khác biệt có ý nghĩa với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

1. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với đặc điểm lâm sàng. Ở giai đoạn hệ miễn dịch chưa bị tổn thương nặng nề, số lượng tế bào lympho T-CD4 400/ml, các triệu chứng bệnh lao tương tự như ở người bình thường, khi số lượng tế bào lympho T-CD4 dưới 200/ml triệu chứng hô hấp không còn thường gặp mà lại là những dấu hiệu toàn thân như rất mệt mỏi, sốt cao, ra mồ hôi, chán ăn, sụt cân, thiếu máu [3].

TCD4 và thể trạng BN: BN có thể trạng gầy hay gặp ở nhóm BN có số lượng TCD4 < 200tb/ml, BN có thể trạng bình thường hay gặp ở nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05 (bảng 1). Lưu Thị Liên 2007 [2] cũng gặp 62,2% BN gầy sút cân có TCD4 < 200 tế bào/ml so với 22% BN gầy sút có TCD4 > 200, khác biệt có ý nghĩa với P < 0,05. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự tác giả và được lý giải là những BN có TCD4 < 200 thường là ở giai đoạn muộn của bệnh HIV do vậy cơ thể suy giảm miễn dịch dễ mắc các bệnh nhiễm trùng, tiêu chảy... do vậy cơ thể sẽ gầy

sút cân nhanh.

Về mối liên quan giữa triệu chứng sốt với số lượng TCD4: Các BN có sốt gặp ở nhóm BN có số lượng TCD4 < 200tb/ml nhiều hơn nhóm BN có số lượng TCD4 > 200tb/ml. khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05 (bảng 2). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Hoàng Đình Phê (2009), nghiên cứu 45 BN lao phổi mới AFB(+) nhiễm HIV, ở nhóm tế bào lympho T-CD4 ≤ 200ml có tỷ lệ sốt 83,3% [4].

Lượng tế bào TCD4 với triệu chứng ho và khó thở (bảng 3, 4): Chúng tôi thấy triệu chứng ho khan ở hai nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml và > 200tb/ml gặp tỷ lệ tương đương nhau, ho khạc đờm gặp nhiều hơn ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml so với nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p > 0,05. BN có khó thở ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. Khi BN suy giảm miễn dịch làm cho cơ thể có thể mắc thêm các bệnh nhiễm trùng hô hấp khác ngoài lao như vi khuẩn, nấm, PCP do vậy các triệu chứng hô hấp sẽ phong phú hơn

các triệu chứng hô hấp cũng nặng nề hơn vì kết hợp rất nhiều biểu hiện toàn thân khác, nên tình trạng BN thường nặng nề hơn nhiều [3].

Mối liên quan giữa tế bào TCD4 với hạch ngoại vi (bảng 5): Chúng tôi thấy số lượng TCD4 máu ngoại vi giảm có liên quan tới nổi hạch ngoại vi ở BN đồng nhiễm HIV với lao có AFB (+). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của một số tác giả cho rằng khi TCD4 < 200 tế bào/ml đây là ngưỡng đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch nặng ở người nhiễm HIV. Khi tế bào TCD4 trong máu ngoại vi còn cao (>200/ml máu) thì đặc điểm lâm sàng, X.quang cũng tương tự như lao phổi ở người không nhiễm HIV. Khi số lượng tế bào bị giảm thấp (TCD 4 < 200/ml máu) thì đặc điểm của lao phổi có nhiều điểm khác so với bệnh lao ở người không nhiễm HIV như hay gặp các thể lao nặng, tổn thương lao thường có vị trí ở vùng thấp, tổn thương rộng thay đổi nhanh, ít có phá hủy nhưng hay có hạch ngoại vi [2,3,4].

Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với tình trạng nhiễm trùng cơ hội: Số BN nhiễm khuẩn và nhiễm nấm ở nhóm BN có TCD4 < 200tg/ml gặp tỷ lệ nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, có sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0,05$ (bảng 3.22). Kết quả của chúng tôi tương tự với nhiều tác giả khác và phản ánh tính trạng dễ mắc nhiễm trùng toàn thân ở các bệnh nhân có TCD 4 < 200 TB/ml [4,5].

2. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với đặc điểm hình ảnh Xquang. Suy giảm miễn dịch dẫn đến việc cơ thể không có khả năng chống lại nhiễm trùng, do đó khiến cho cá nhân dễ bị nhiễm trùng; phổi là một trong những cơ quan tiếp xúc trực tiếp với môi trường không khí nên dễ bị tổn thương nhất. Một công cụ chẩn đoán quan trọng trong việc đánh giá các biến chứng hô hấp cũng như các biểu hiện của nhiễm HIV là X quang phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả ở bảng 7 cho thấy: Hình ảnh tổn thương khu trú ở một bên phổi ở nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml gặp nhiều hơn nhóm có TCD4 < 200tb/ml; ngược lại tổn thương lan tràn hai bên phổi ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml gặp nhiều hơn nhóm có TCD4 > 200tb/ml. tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Theo một số ý kiến cho thấy, khi số lượng tế bào TCD4 > 200 tế bào/ml thì đặc điểm tổn thương của lao phổi trên phim X quang phổi chuẩn giống như lao phổi ở người không có suy giảm miễn dịch; nhưng khi số lượng tế bào TCD4 giảm < 200 tế bào/ml, lúc này cơ thể suy giảm miễn dịch nặng và hình ảnh tổn thương lao trên

X quang không giống như ở người lao phổi bình thường. Đó là hay có tổn thương ở vùng thấp, mức độ tổn thương rộng và hay có lan tràn ra khắp 2 phổi, nhưng rất ít có phá hủy hang ổ nhu mô [2,6].

Chúng tôi cũng tìm hiểu mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương hang, tổn thương thâm nhiễm, tổn thương nốt hạt kê trên phim Xquang giữa hai nhóm BN lao phổi đồng nhiễm HIV có số lượng tế bào TCD4 nhỏ hơn 200 và lớn hơn 200, thấy tổn thương có hang, và thâm nhiễm ở hai nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml và < 200tb/ml gặp tỷ lệ tương đương nhau, không có sự khác biệt, $p > 0,05$. Hình ảnh tổn thương nốt hạt kê ở nhóm BN có TCD4 < 200tb/ml gặp tỷ lệ nhiều hơn nhóm BN có TCD4 > 200tb/ml, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nghiên cứu Post (1995) về đặc điểm hình ảnh Xquang phổi và số lượng lympho T-CD4 trong máu ngoại vi nhận thấy, tổn thương thâm nhiễm đỉnh phổi gặp ở giai đoạn sớm của BN nhiễm HIV với số lượng trung bình lympho T-CD4 389 tế bào/ml, tỷ lệ thâm nhiễm vùng dưới, thùy giữa, hạch trung thất, hình tổ chức lưới hoặc không có bất thường trên Xquang liên quan với mức độ tiến triển của HIV ở nhóm BN có số lượng CD4 < 200 tế bào/ml [6]. Keiper (1995) là với mức độ lympho T-CD4 < 200/m tổn thương Xquang phổi thể hang ít gặp hơn, vị trí hay gặp ở vùng dưới và lan tỏa [7]. Những kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Lao phổi tăng lên tương đồng với sự tăng lên của đại dịch HIV. Số lượng TCD 4 liên quan mật thiết với các triệu chứng lâm sàng và X Quang của lao phổi với AFB (+). Đặc biệt ở những bệnh nhân với số lượng TCD 4 < 200/ml thì biểu hiện bệnh lao phổi không điển hình và rất khó chẩn đoán, dễ nhầm với các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global tuberculosis report 2018.** WHO librarycataloguing-in-publication data ISBN 978-92-4-156564-6.
2. **Lưu Thị Liên** (2007). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh lao và lâm sàng, cận lâm sàng lao HIV tại Hà Nội, Học viện Quân y.
3. **N. Benito, et al** (2012). Pulmonary infections in HIV-infected patients: an update in the 21st century. Eur Respir J, 39 (3), 730-745.
4. **Hoàng Đình Phê** (2009). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tấn công BN lao phổi mới mắc AFB (+) đồng nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện 09 Hà Nội, Luận văn thạc sỹ, Học viện Quân Y.
5. **Hoàng Minh** (2004). Bệnh lao và nhiễm HIV/AIDS, nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 10-41.

6. **Post. F.A** (1995). Pulmonary tuberculosis in HIV infection: radiographic appearance in related to CD4 T-lymphocyte count. *Tubercle and Lung Diseases*, 4 (13), 5-7.

7. **M. D. Keiper et al** (1995). Cd4 t lymphocyte count and the radiographic presentation of pulmonary tuberculosis: A study of the relationship between these factors in patients with human immunodeficiency virus infection. *Chest*, 107 (1), 74-80.

NGUY CƠ GIẢM OXY VÀ ƯU THẦN KHÍ GÂY MÊ DÒNG THẤP 0,5 HOẶC 1 LÍT/PHÚT TRONG PHẪU THUẬT BỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Phạm Thị Lan*, Công Quyết Thắng**, Tống Xuân Hùng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ giảm oxy, ưu thần khí gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 hoặc 1 lít/phút với Ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi. **Đối tượng phương pháp:** 74 bệnh nhân, tuổi ≥ 60 , ASA 1, 2, 3 được phẫu thuật mở bụng dưới gây mê toàn thân. Sau khi đặt ống nội khí quản, bệnh nhân được gây mê dòng thấp với FGF 0,5 lít/phút ở nhóm N0,5 và FGF 1 lít/phút ở nhóm N1. Trong quá trình gây mê $SpO_2 \leq 92\%$, $EtCO_2 \geq 45$ mmHg được xác định là giảm O_2 và ưu thần. Trong mổ ghi lại thời gian xuất hiện giảm O_2 máu và ưu thần, SpO_2 , $EtCO_2$, FiO_2 , PaO_2 , $PaCO_2$, Entropy, SPI, TOF, nhịp tim, huyết áp tại các thời điểm nghiên cứu. **Kết quả và kết luận:** Nhóm N0,5 có 12 trường hợp xuất hiện giảm O_2 máu ($PaO_2 = 64,71 \pm 3,8$ mmHg) sau $97,17 \pm 19,56$ phút GMDT. Có 7 trường hợp xuất hiện ưu thần ($PaCO_2 = 48,94 \pm 0,81$ mmHg) sau $72,29 \pm 22,73$ phút GMDT. Nhóm N1 không có bệnh nhân nào xuất hiện giảm O_2 máu và ưu thần trong GMDT. Như vậy gây mê dòng thấp với lưu lượng khí mới 0,5 lít/ phút trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi có nguy cơ giảm O_2 máu và ưu thần, cần theo dõi sát FiO_2 , SpO_2 , $EtCO_2$ để điều chỉnh kịp thời.

Từ khóa: Phẫu thuật bụng, gây mê dòng thấp, nguy cơ, bệnh nhân cao tuổi.

SUMMARY

RISK OF HYPOXEMIA, HYPERCAPNIA DURING LOW FLOW ANESTHESIA WITH FRESH GAS FLOW 0.5 OR 1 LITER/MINUTE FOR ABDOMINAL SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

Aim: This study evaluates these risks of low flow anesthesia with FGF 0.5 or 1 L/min with ecoflow for abdominal surgery in elderly patients. **Materials and methods:** 74 ASA grade 1, 2 and 3 patients, aged ≥ 60 years undergoing abdominal surgery under general anesthesia. After induction ventilate with 0,5 L/min for group N0.5 and 1 L/min for N1. $SpO_2 \leq 92\%$ and $EtCO_2 \geq 45$ mmHg during anesthesia were defined

hypoxemia and hypercapnia, respectively. The time to development of hypoxemia and hypercapnia, SpO_2 , $EtCO_2$, FiO_2 , PaO_2 , $PaCO_2$, entropy, heart rate, MAP recorded. **Results:** 12 patients had hypoxemia ($PaO_2 = 64.71 \pm 3.8$ mmHg) after 97.17 ± 19.56 minutes; 7 patients had hypercapnia ($PaCO_2 = 48.94 \pm 0.81$ mmHg) after 72.29 ± 22.73 minutes. **Conclusions:** LFA with 0.5 L/min in these patients has potential risk of hypoxemia and hypercapnia. This requires that FGF provides enough oxygen.

Keywords: Abdominal surgery, low flow anesthesia, risks, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê dòng thấp (GMDT) được mô tả đầu tiên bởi Foldes vào năm 1952 [7]. Đây là kỹ thuật tiên tiến trong gây mê hiện đại và được sử dụng rộng rãi ở những nước phát triển. GMDT đã được chứng minh có nhiều ưu điểm như ổn định trong gây mê, tiết kiệm và giảm thiểu ô nhiễm môi trường, đồng thời giúp tăng cường hồi phục sau phẫu thuật. Tuy nhiên khi sử dụng phương pháp này có nguy cơ tích lũy các khí không mong muốn trong hệ thống thở gây thiếu O_2 , thừa CO_2 .

Phần mềm Ecoflow được khuyến cáo giúp cảnh báo nguy cơ thiếu O_2 trong hệ thống thở. Tuy nhiên ở Việt Nam gây mê dòng thấp chưa thật sự phổ biến, chưa có công trình nào nghiên cứu về gây mê dòng thấp với Ecoflow. Độ an toàn, ảnh hưởng lên thông khí của gây mê dòng thấp đang còn nhiều tranh cãi đặc biệt là trên người cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát mức tiêu thụ sevofluran khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 lít/ phút hoặc 1 lít/phút với ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mở vùng bụng theo chương trình dưới gây mê toàn thân bằng thuốc mê hô hấp.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trên 60 tuổi, phân loại theo ASA 1, 2, 3. Thời gian phẫu thuật dự kiến > 60 phút. BN đồng ý

*Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan

Email: drlanpham86@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 5/2/2020

Ngày duyệt bài: 21/2/2020

tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có các bệnh hô hấp, tuần hoàn nặng. Bệnh nhân suy thận. Béo phì ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) hoặc gầy ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$).

2.1.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu. Các trường hợp không đặt được NKQ. Các trường hợp có tai biến trong gây mê, phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật < 60 phút.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.
- Cỡ mẫu: 74 người bệnh, được chia thành 2 nhóm:
Nhóm N0,5: Gồm 37 người bệnh, duy trì mê bằng gây mê dòng thấp FGF 0,5 lít/phút.
- Nhóm N1: Gồm 37 người bệnh, duy trì mê bằng gây mê dòng thấp với FGF 1 lít/phút.

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tỷ lệ xuất hiện giảm O_2 , ưu thán và thời gian xuất hiện giảm O_2 , ưu thán.
- Thay đổi SpO_2 , FiO_2 , $EtCO_2$ trong quá trình GMDT của 2 nhóm.
- Khí máu động mạch tại thời điểm giảm O_2 , ưu thán.

2.2.3. Phương tiện và vật liệu nghiên cứu

- Phương tiện và các thuốc theo qui định chung cho hồi sức hô hấp và tuần hoàn.
- Máy gây mê giúp thở GE healthcare Avance CS² với phần mềm Ecoflow.
- Máy theo dõi liên tục B650 của Datex - Ohmeda.
- Thuốc gây mê: Propofol 200mg/20ml của Astra Zeneca, sevofluran của Abbot.
- Thuốc giãn cơ: Rocuronium 50mg/5ml.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1mg/2ml.

2.2.4. Cách thức tiến hành

2.2.4.1. Thời điểm lấy số liệu:

- TGM: Ngay trước khi gây mê
- T0: Ngay trước khi GMDT
- T1: Sau GMDT 10 phút
- T2: Sau GMDT 20 phút
- T3: Sau GMDT 30 phút
- T4: Sau GMDT 40 phút
- T5: Sau GMDT 50 phút

T6: Sau GMDT 60 phút

T9: Sau GMDT 90 phút

T12: Sau GMDT 120 phút

T13: Ngay trước khi ngừng GMDT

SGM: Sau rút ống NKQ

T92: Thời điểm $SPO_2 = 92\%$

T45: Thời điểm $EtCO_2 = 45 \text{ mmHg}$

2.2.4.2. Cách thực hiện

Tất cả BN đều được vô cảm trong mổ bằng phương pháp gây mê nội khí quản:

- **Khởi mê:** Fentanyl $2\mu\text{g/kg}$, propofol 2mg/kg tiêm tĩnh mạch. Esmeron $0,6 \text{ mg/kg}$ (khi mất phản xạ mi mắt). Đặt NKQ sau khi TOF = 0 và $SE \leq 60$.

- **Duy trì mê:** Thông khí nhân tạo với FGF 6 lít/phút, tần số thở 10 lần/phút, $V_t = 8 \text{ ml/kg}$, Sevofluran 3%, đến khi $SE \leq 60$ chuyển sang gây mê dòng thấp.

Nhóm N0,5: GMDT với Ecoflow, FGF 0,5 lít/phút, $F_{D,O_2} 50\%$.

Nhóm N1: GMDT với Ecoflow, FGF 1 lít/phút, $F_{D,O_2} 50\%$.

Trong mổ điều chỉnh sevofluran để giữ $40 < SE < 60$. Duy trì Entropy 40-60, SPI < 60 , TOF = $0\%T_1$, count ≤ 2 . Ngừng sevofluran trước khi đóng da. Giải giãn cơ khi TOF $> 20\%$: Neostigmin $0,20 - 0,40 \text{ mg/kg}$, Atropin sulfat $0,15\text{mg/kg}$.

- **Thoát mê:** Rút NKQ khi đạt tiêu chuẩn: $SE > 90$, thở 12 - 25 lần/phút, $SpO_2 > 95\%$ với $FiO_2 \leq 40\%$, $V_t > 5\text{ml/kg}$, $EtCO_2 < 45 \text{ mmHg}$, có phản xạ ho nuốt và TOF $\geq 90\%T_1$.

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu. Số liệu được lấy tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2019.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 bằng các thuật toán thống kê: Tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất với các biến định lượng, tỷ lệ % với biến định tính. Sử dụng test Khi bình phương (χ^2) để tìm sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi, giới, cân nặng, ASA

Nhóm		N0,5 (n = 37)	N1 (n = 37)	p
Đặc điểm				
Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD / (\text{Min} - \text{Max})$	73,43 $\pm$ 7,34 / 61 - 86	75,68 $\pm$ 7,57 / 60 - 90	$> 0,05$
Giới	Nam (%) / Nữ (%)	30 (81,1) / 7 (18,9)	30 (81,1) / 7 (18,9)	$> 0,05$
Cân nặng (kg)	$\bar{x} \pm SD / (\text{Min} - \text{Max})$	56,2 $\pm$ 6,8 / 45,0 - 74,0	56,1 $\pm$ 7,0 / 40 - 70	$> 0,05$
ASA	1 (%)	15 (40,5)	9 (24,3)	$> 0,05$
	2 (%)	21 (56,8)	26 (70,3)	
	3 (%)	1 (2,7)	2 (5,4)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, cân nặng và ASA giữa hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

Bảng 3.2: Thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê dòng thấp

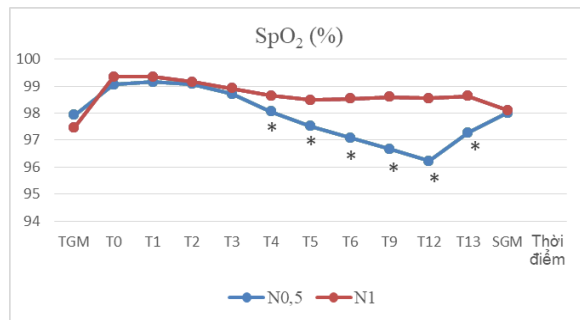
Nhóm		N0,5	N1	p
Thời gian (phút)				
Thời gian phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	162,73 $\pm$ 52,17 70 – 278	167,81 $\pm$ 50,35 65 – 300	$> 0,05$
Thời gian gây mê	$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	176,08 $\pm$ 54,75 80 – 295	180,03 $\pm$ 51,76 80 – 315	$> 0,05$

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu, thời gian gây mê giữa 2 nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

3.2. Nguy cơ giảm oxy, ưu thán khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 hoặc 1 lít/phút với Ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi

Bảng 3.3: Số bệnh nhân giảm O_2 , ưu thán và thời gian từ khi bắt đầu GMDT đến khi xuất hiện giảm O_2 , ưu thán.

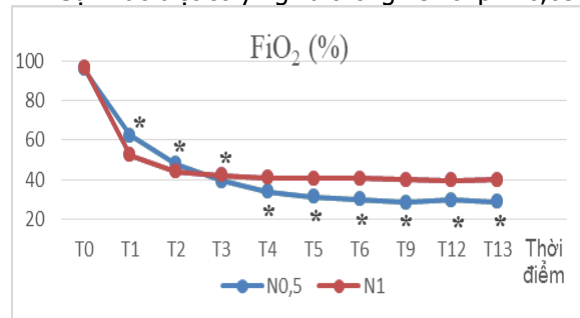
Nhóm		Nhóm N0,5	Nhóm N1
Thông số			
Số bệnh nhân giảm O_2	n (%)	12 (32,4)	0 (0,0)
Số bệnh nhân ưu thán	n (%)	7 (18,9)	0 (0,0)
Thời gian xuất hiện giảm O_2 (phút)	$\bar{X} \pm SD$ Min - Max	97,17 $\pm$ 19,56 (70-125)	
Thời gian xuất hiện ưu thán (phút)	$\bar{X} \pm SD$ Min - Max	72,29 $\pm$ 22,73 (50-20)	



Biểu đồ 3.1: Thay đổi SpO_2 tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Từ thời điểm T4 đến trước khi ngừng GMDT SpO_2 của nhóm N0,5 thấp hơn nhóm N1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

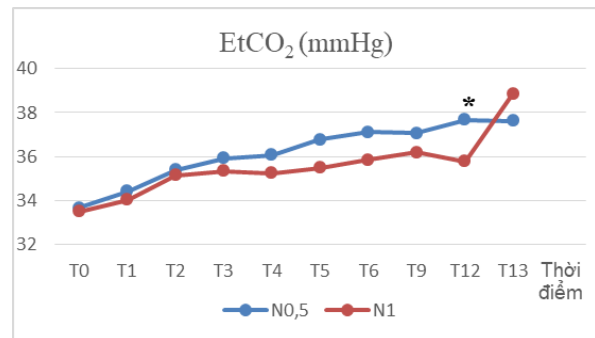
*Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 3.2: Thay đổi FiO_2 tại các thời điểm nghiên cứu (%)

Nhận xét: FiO_2 tại các thời điểm từ T3 cho đến trước khi ngừng GMDT của nhóm N0,5 thấp hơn nhóm N1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

*Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 3.3: Thay đổi $EtCO_2$ tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Tại thời điểm T12, $EtCO_2$ của nhóm N0,5 cao hơn nhóm N1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4: Khí máu tại thời điểm xuất hiện giảm O_2 và ưu thán

Thời điểm	Thông số	$\bar{X} \pm SD$
T92 (n = 12)	PH	7,36 $\pm$ 0,06
	$PaCO_2$ (mmHg)	43,52 $\pm$ 5,27
	PaO_2 (mmHg)	64,71 $\pm$ 3,80
T45 (n = 7)	PH	7,31 $\pm$ 0,04
	$PaCO_2$ (mmHg)	48,94 $\pm$ 0,81
	PaO_2 (mmHg)	156,17 $\pm$ 32,01

Nhận xét: PaO_2 tại thời điểm giảm O_2 máu là 64,71 $\pm$ 3,80 mmHg, $EtCO_2$ tại thời điểm ưu thán là 48,94 $\pm$ 0,81 mmHg.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Nghiên cứu trên 74 bệnh nhân được phẫu thuật ổ bụng dưới gây mê dòng thấp, được lựa

chọn ngẫu nhiên chia thành 2 nhóm. Tuổi trung của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phù hợp với nghiên cứu của tác giả Suttner và cộng sự khi nghiên cứu ảnh hưởng của gây mê dòng thấp với sevofluran và desfluran lên chức năng gan của NCT với độ tuổi trung bình là $77,5 \pm 6,1$ tuổi.

Trong cả 2 nhóm nghiên cứu, trên 80% bệnh nhân nghiên cứu là nam giới. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa 2 nhóm nghiên cứu. Có lẽ do phẫu thuật của chúng tôi là các phẫu thuật ổ bụng, chủ yếu là phẫu thuật đường tiêu hóa, là những bệnh lý thường gặp trên nam giới nhiều hơn nữ giới. Kết quả này phù hợp với tác giả Srivastava, Nguyễn Quốc Tuấn [1].

Cân nặng trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thấp hơn tác giả Suttner và cộng sự [10] nghiên cứu ảnh hưởng của gây mê dòng thấp lên chức năng gan của NCT, có cân nặng trung bình là 75,3 kg. Chatrath và cộng sự [5] nghiên cứu trên 50 bệnh nhân có cân nặng trung bình $66,36 \pm 6,68$ kg được gây mê dòng thấp bằng sevofluran. Như vậy, cân nặng trung bình của các bệnh nhân Châu Âu lớn hơn đáng kể so với các bệnh nhân Việt Nam.

Thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê của 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Suttner [10] GMDT trên các bệnh nhân cao tuổi, có thời gian phẫu thuật là 142 ± 56 phút, thời gian gây mê 194 phút. Kết quả của chúng tôi phù hợp Atia và cộng sự [2] nghiên cứu về gây mê toàn thân kết hợp với gây tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật ổ bụng có thời gian phẫu thuật trung bình là $160,4 \pm 40,74$ phút.

4.2. Nguy cơ giảm oxy, ưu thán khi gây mê dòng thấp bằng lưu lượng khí mới 0,5 hoặc 1 lít/phút với Ecoflow trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi.

Các giá trị huyết áp trung bình, nhịp tim, Entropy, SPI, TOF của bệnh nhân trước gây mê, trong gây mê dòng thấp, sau khi rút ống NKQ đều ổn định. Bệnh nhân không bị rối loạn huyết động, độ mê, độ giãn cơ và độ đau đều nằm trong giới hạn của gây mê cân bằng.

Về nguy cơ giảm O₂. Theo biểu đồ 3.1 giá trị SpO₂ trung bình của nhóm N0,5 thấp hơn nhóm N1 có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau 40 phút gây mê dòng thấp, cho thấy việc giảm lưu lượng khí mới làm tăng nguy cơ giảm O₂ máu. Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu ở

nhóm N0,5 có 32,4% trường hợp xuất hiện giảm O₂ máu với SpO₂ = 92%. Giảm O₂ máu xuất hiện sau $97,17 \pm 19,56$ phút GMDT. Khí máu động mạch tại thời điểm này cho thấy PaO₂ là $64,71 \pm 3,8$ mmHg.

Với nhóm N1, giá trị SpO₂ tương đối ổn định đến cuối cuộc mổ, không có trường hợp nào có giảm O₂ máu, SpO₂ thấp nhất được ghi nhận là 95%. Tại thời điểm cuối cuộc mổ SpO₂ trung bình là $98,63 \pm 1,06$ %

Về nguy cơ ưu thán. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy EtCO₂ tăng dần theo thời gian với cả 2 nhóm nghiên cứu, điều này cho thấy GMDT làm tăng tích lũy CO₂ trong khí thở vào dẫn đến tăng EtCO₂. EtCO₂ của nhóm N0,5 cao hơn nhóm N1 tại các thời điểm trong GMDT. Tại thời điểm T12, EtCO₂ của nhóm N0,5 cao hơn nhóm N1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Với nhóm N0,5 có 7 trường hợp (18,92%) có EtCO₂ tăng tới mức 45mmHg với PaCO₂ tương ứng là $48,94 \pm 0,81$ mmHg, đây là mức CO₂ trong máu được chấp nhận trong quá trình gây mê và chưa có biểu hiện toan hóa máu với PH $7,31 \pm 0,03$.

Ho Jang và cộng sự [8] so sánh mức độ an toàn của GMDT 1 lít/phút, F_DO₂ 50% so với nhóm gây mê dòng cao 4 lít/phút, F_DO₂ 50% trong phẫu thuật nội soi ổ bụng. Cho kết quả giá trị FiCO₂ ở nhóm GMDT cao hơn có ý nghĩa so với nhóm gây mê dòng cao.

V. KẾT LUẬN

Gây mê dòng thấp với lưu lượng khí mới 0,5 lít/phút trong phẫu thuật bụng ở người cao tuổi có nguy cơ giảm O₂ máu và ưu thán, cần theo dõi sát FiO₂, SpO₂, EtCO₂ để có những điều chỉnh kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Tuấn (2013), Đánh giá chức năng lọc của thận khi gây mê vòng kín lưu lượng thấp trong phẫu thuật ổ bụng, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược 108.
2. Atia A. and Abdel-Rahman K. (2016), "Combined Thoracic Epidural with General Anesthesia vs. General Anesthesia Alone for Major Abdominal Surgery: Anesthetic Requirements and Stress Response", J Anesth Clin Res 7:616.
3. Avci O., Kilic F., Duger C., et al. (2018), "Evaluation of Low and High Flow Anesthesia Methods' Effects on Perioperative Hemodynamics, Depth of Anesthesia and Postoperative Recovery in Patients Undergoing Abdominal Surgery", Journal of Anesthesia and Surgery. 5, pp. 27-33.
4. Bahar S., Arslan M., Urfalioğlu A., et al. (2018), "Low-flow anaesthesia with a fixed fresh gas flow rate".
5. Chatrath V., Khetarpal R., Bansal D., et al. (2016), "Sevoflurane in low-flow anesthesia using "equilibration point"", Anesthesia, essays and

- researches. 10(2), pp. 284-290.
6. **Debre O. (2014)**, "Influence of sevoflurane on hemodynamic parameters in low flow anesthesia applied without nitrous oxide", J Clin Exp Invest. 5(1), pp. 12-17.
7. **Foldes F. F., Ceravolo A. J., and Carpenter S. L. (1952)**, "The Administration of Nitrous Oxide-oxygen Anesthesia in closed systems", Annals of Surgery. 136(6), pp. 978-981.
8. **Ho Jang Y. and Rung Oh S. (2005)**, "Low-flow Sevoflurane Anesthesia in Laparoscopic Cholecystectomy". 49, p. S1.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC U TUYẾN ỨC CÓ NHƯỢC CƠ ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Trường Giang*, Lê Việt Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm về hình ảnh học u tuyến ức có nhược cơ được phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 61 bệnh nhân u tuyến ức có nhược cơ, được phẫu thuật nội soi lồng ngực và có kết quả mô bệnh học là u tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2013- 5/2019. **Kết quả:** Trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: u có hình dạng tròn và oval (95,1%); kích thước 3 - 6 cm: 57,4%; đa số (68,9%) có bờ đều; tỷ trọng và mức độ ngấm thuốc cản quang trung bình trở lên; 26,2% có tình trạng xâm lấn; tỷ lệ u có vôi hoá và hoại tử thấp (6,6%, và 1,6%). Trên phim chụp cộng hưởng từ: u hình tròn và bầu dục chiếm đa số (88,9%); bờ nhẵn hoặc méo; có bao xơ (88,9%), có thể có hoặc không có các vách xơ; tỷ lệ u không xâm lấn cao (81,5%). Kích thước u trung bình: chiều dài là $35,30 \pm 13,92$ mm, chiều rộng là $23,93 \pm 13,39$ mm; chỉ số CSR = $1,04 \pm 0,17$. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính lồng ngực và cộng hưởng từ là các xét nghiệm có giá trị cao trong chẩn đoán và xác định các đặc điểm của u tuyến ức có nhược cơ. Chỉ số CSR có ý nghĩa trong việc nâng cao giá trị chẩn đoán u tuyến ức.

Từ khóa: U tuyến ức, cắt lớp vi tính lồng ngực, cộng hưởng từ u tuyến ức.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF IMAGING OF THYMOMA WITH MYASTHENIA GRAVIS OPERATED BY VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: investigate some imaging characteristics of thymoma with myasthenia gravis operated by video-assisted thoracoscopic surgery at Military Hospital 103. **Materials and methods:** study in 61 patients who had thymoma, performed by video-assisted thoracoscopic surgery at Military Hospital 103, from 10/2013 to 5/2019. **Results:** Characteristics of

thymoma on CT: round and oval shape (95.1%); thymoma size from 3-6cm: 57.4%; 68.9% has smooth contour, degree of enhancement and extent of contrast absorption; 26.2% has invasion; the rate of thymoma with calcification and necrosis was low (6.6%, and 1.6%). Characteristics of thymoma on MRI: the rate of the non-invasive tumor is high (81.5%). Average tumor size: 35.30 ± 13.92 mm in length, 23.93 ± 13.39 mm in width; CSR index = 1.04 ± 0.17 . **Conclusion:** chest computed tomography and magnetic resonance imaging are highly valuable in diagnosing and identifying the characteristics of thymoma with myasthenia gravis. The CSR index has implications for enhancing thymoma diagnosis.

Keywords: Thymoma, chest computed tomography, magnetic resonance imaging for thymoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là khối u biểu mô hiếm gặp của tuyến ức nhưng là khối u trung thất hay gặp nhất ở người trưởng thành. Theo thống kê của Hội Ung thư Hoa Kỳ năm 2010, tỷ lệ mắc bệnh u tuyến ức khoảng 15/100.000 dân, tỷ lệ mắc ở nam và nữ là như nhau. Nghiên cứu của Strollo DC (1997) cho thấy u tuyến ức thường gặp ở lứa tuổi trung niên, bệnh nhược cơ hiện diện ở khoảng 30% - 50% các bệnh nhân u tuyến ức, ngược lại chỉ có 15% các bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức [1].

Chẩn đoán u tuyến ức có nhược cơ giữ vai trò quan trọng trong việc định hướng điều trị, đề ra phác đồ điều trị hợp lý. Trên thực tế lâm sàng có nhiều phương pháp chẩn đoán u tuyến ức có nhược cơ, mỗi phương pháp đều có giá trị khác nhau trong đánh giá tổn thương u và tuyến ức, trong đó hay dùng nhất là chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVTLN) và cộng hưởng từ (CHT).

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm hình ảnh học u tuyến ức có nhược cơ được phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 61 bệnh

*Bệnh viện 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang
Email: truonggiang.dr@gmail.com
Ngày nhận bài: 9/1/2020
Ngày phản biện khoa học: 2/2/2020
Ngày duyệt bài: 25/2/2020

nhân u tuyến ức có nhược cơ, được phẫu thuật nội soi lồng ngực và có kết quả mô bệnh học là u tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 10/2013- 5/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp, không đối chứng, tiến cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

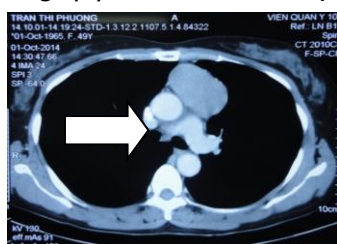
*Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: Là xét nghiệm thường quy cho tất cả các bệnh nhân u

tuyến ức có nhược cơ, thực hiện tại khoa Chẩn đoán Hình ảnh - Bệnh viện Quân y 103, trên máy chụp CT Siemen SOMATOM Spirit 2.

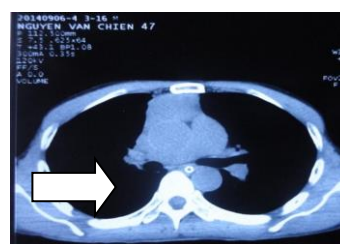
- Vị trí khối u: trung thất trước trên lệch trái, lệch phải, trung tâm.

- Kích thước: đo đường kính lớn nhất của khối u trên phim CLVTLN, tính bằng milimét (mm).

- Bờ của khối u được chia thành hai loại: đều hay không đều.



Hình 1a. Bờ đều

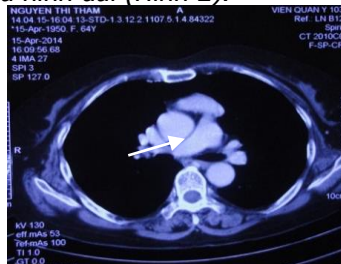


Hình 1b. Bờ không đều

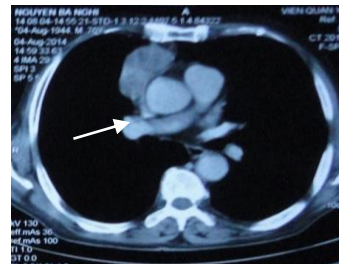
- **Hình dạng:** Hình tròn, hình oval và hình dài (Hình 2).



Hình 2a. Hình tròn



Hình 2b. Hình oval



Hình 2c. Hình dài

- Đánh giá một số đặc điểm khác như: tỷ trọng (HU), mức độ ngấm thuốc, vôi hóa, hoại tử, xâm lấn vào các cơ quan lân cận.

*Chụp cộng hưởng từ: Thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Quân y 103, thực hiện trên máy CHT 1.5 Tesla Intera của hãng Phillips.

- Hình dáng: tròn, bầu dục và hình dạng khác.

- Bờ: nhẵn hay méo thùy.

- Có hay không có ở các đặc điểm như: bao xơ, vách xơ, xâm lấn.

- Kích thước khối u theo chiều dài và chiều rộng (milimét - mm).

- Chỉ số dịch chuyển hóa học - chemical shift ratio (CSR)

2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS version 23.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực

Bảng 1. Đặc điểm u tuyến ức có nhược cơ trên phim chụp CLVTLN

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Lệch phải	21	34,4
	Lệch trái	17	27,9

Kích thước	Trung tâm	23	37,7
	< 3 cm	17	27,9
	3 - 6 cm	35	57,4
	≥ 6 cm	9	14,7
Hình dạng	Tròn	35	57,4
	Oval	23	37,7
	Dài	3	4,9
Bờ	Đều	42	68,9
	Không đều	19	31,1
Tỷ trọng	Thấp	0	0
	Trung bình	43	70,5
	Cao	18	29,5
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Ít	5	8,2
	Trung bình	26	42,6
	Nhiều	30	49,2
Vôi hoá	Có	4	6,6
	Không	57	93,4
Tình trạng xâm lấn	Có	16	26,2
	Không	45	73,8
Hoại tử	Có	1	1,6
	Không	60	98,4

- U tuyến ức nằm ở mọi vị trí, kích thước chủ yếu < 6 cm.

- Đa số khối u có hình dạng tròn và oval (57,4% và 37,7%), tỷ trọng và mức độ ngấm thuốc trung bình trở lên, tỷ lệ vôi hoá và hoại tử thấp (6,6% và 1,6%).

3.2. Hình ảnh cộng hưởng từ lòng ngực

Bảng 2. Đặc điểm u tuyến ức có nhược cơ trên phim chụp CHT

Đặc điểm khối		Số bệnh nhân(n=27)	Tỷ lệ (%)
Hình dạng	Tròn, bầu, dục	24	88,9
	Khác	3	11,1
Bờ	Nhẵn	15	55,6
	Múi thùy	12	44,4
Bao xơ	Có	24	88,9
	Không	3	11,1
Vách xơ	Có	14	51,9
	Không	13	48,1
Xâm lấn	Có	5	18,5
	Không	22	81,5
Kích thước	Dài (mm)	35,30 ± 13,92	
	Rộng (mm)	23,93 ± 13,39	
Chỉ số CSR = 1,04 ± 0,17			

Đa số u tuyến ức có hình tròn và bầu dục (88,9%), bờ có thể nhẵn hoặc nhiều múi, có bao xơ (88,9%), có thể có hoặc không có các vách xơ, không xâm lấn (81,5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm u tuyến ức có nhược cơ được phẫu thuật nội soi lòng ngực trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Tại Bệnh viện Quân y 103 thì chụp CLVTLN là xét nghiệm thường quy cho tất cả các bệnh nhân có nhược cơ hoặc nghi ngờ có u trong trung thất. Do đó trong thiết kế nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đều được chụp CLVTLN trước phẫu thuật để xem xét và đánh giá các đặc điểm khối u, chuẩn bị tốt cho phẫu thuật. Theo số liệu ở bảng 1 về đặc điểm khối u trên phim chụp CLVTLN cho thấy:

***Về vị trí khối u:** Tuyến ức nằm ở trung thất trước trên, hay gặp nhất là tại đường giữa, ngay sau xương ức, cạnh ngành lên động mạch chủ, động mạch phổi, phần trên tĩnh mạch chủ trên. Tuyến ức tăng sản có thể gặp ở các vị trí khác nhau từ nền cổ cho đến góc tâm hoành, tuy nhiên chủ yếu vẫn ở vị trí giải phẫu của tuyến. U tuyến ức, trái ngược lại có thể gặp ở bất cứ vị trí nào. Theo Marom EM, mặc dù đa số ở u tuyến ức nằm ở trung thất trước trên, tương ứng với vị trí bình thường của tuyến, tuy nhiên vẫn quan sát thấy ở các vị trí khác [2]. Nasser F (2010) nhận xét có khoảng 1/2 các khối u tuyến ức nằm ở trung thất trên, khoảng 1/2 nằm ở trung thất dưới [3]. Priola AM nghiên cứu 87 trường hợp nhược cơ có 3/22 u tuyến ức ở trung

thất dưới [4]. McErlean A (2013) đánh giá đa số u tuyến ức nằm lệch phải hoặc trái [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u tuyến ức nằm ở tất cả các vị trí giải phẫu bình thường của tuyến ức trong trung thất, cụ thể u tuyến ức nằm lệch trái: 27,9%, lệch phải: 34,4% và ở vị trí trung tâm là 37,7%. Điều này giúp chúng tôi có được phán đoán trước phẫu thuật, định hướng cho bên tiếp cận khoang màng phổi khi phẫu thuật. Khối u lệch bên nào chúng tôi sẽ tiếp cận khoang màng phổi bên đó, nếu là trung tâm thì sẽ ưu tiên theo đường bên phải hơn.

***Về kích thước khối u:** Có nhiều sự phân chia về mặt kích thước u trung thất khác nhau giữa các tác giả khác nhau, như tác giả Phạm Hữu Lư (2015) khi nghiên cứu về u trung thất nói chung thì chia u trung thất thành các mức 5 cm, 8 cm [6]; nghiên cứu hình ảnh u tuyến ức trên phim chụp CLVTLN của tác giả Liu GB (2012) thì lại chia u tuyến ức ra theo các mức 5 cm, 10 cm [7]. Dựa trên kích thước trung bình của u trên phim chụp CLVTLN, chúng tôi phân chia kích thước khối u theo các mức 3 cm và 6 cm như bảng 3.10. Chúng tôi nhận thấy kích thước khối u chủ yếu nằm trong khoảng dưới 6 cm (85,3%), đa số khối u có kích thước từ 3 - 6 cm: 57,4%. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác.

***Về hình dạng:** Đa số chúng tôi gặp hình tròn và hình oval đến 95,1%.

***Về bờ khối u:** Tỷ lệ giữa bờ đều và không đều tương đương nhau với tỷ lệ tương ứng là 68,9% và 31,1%.

***Về tỷ trọng:** Chúng tôi không gặp trường hợp u tuyến ức nào có tỷ trọng thấp, chỉ gặp ở mức độ trung bình trở lên. Điều này phản ánh đúng mức độ chẩn đoán cũng như đặc tính của khối u, đó là có tỷ trọng cao.

***Về mức độ ngấm thuốc cản quang:** Mức độ ngấm thuốc cản quang ít hay nhiều phản ánh mức độ ác tính thấp hay cao. Chúng tôi chỉ có 5 trường hợp (8,2%) có tình trạng ngấm thuốc ít, còn lại đều từ mức ngấm thuốc trung bình trở lên. Điều này cũng phù hợp với nhiều nhận định chung khi nói về u trung thất: u tuyến ức có mức độ ngấm thuốc cản quang nhiều hơn các loại u khác trong trung thất (u quái, u thần kinh...), tuy nhiên theo nhận định của tác giả Phạm Hữu Lư thì không có sự liên quan nào giữa mức độ ngấm thuốc cản quang với tính chất ác tính của khối u tuyến ức [6]. Mặc dù vậy đây cũng là một điểm cần lưu ý nếu muốn sinh thiết một khối u trung thất nào đó dưới hướng dẫn của CLVTLN, thì cần phải phân biệt và lưu ý đối với u tuyến ức do sẽ có nguy cơ chảy máu cao.

***Về tình trạng vôi hoá, xâm lấn và hoại tử của khối u:** Tỷ lệ xâm lấn phát hiện được trên phim CLVTLN khá cao, đến 26,2%, còn tỷ lệ vôi hoá và hoại tử thấp (6,6% và 1,6%).

4.2. Đặc điểm u tuyến ức có nhược cơ được phẫu thuật nội soi lồng ngực trên phim chụp cộng hưởng từ. Trong những năm gần đây, tại Bệnh viện Quân y 103 có phát triển và áp dụng Kỹ thuật chụp CHT cho các bệnh nhân nhược cơ, hoặc có u tuyến ức, chúng tôi có áp dụng thêm chụp CHT tuyến ức để có thêm dữ liệu xem xét và đánh giá các đặc điểm khối u, đồng thời góp phần vào việc chẩn đoán u tuyến ức.

***Đặc điểm hình khối của u tuyến ức trên phim chụp CHT.** Trong số 27 khối u tuyến ức, có tới 24 khối (88,9%) có hình tròn hoặc bầu dục, 15 khối (55,6%) bờ nhẵn đều. Mặc dù các khối u tuyến ức đều vẫn có thể có tiềm năng ác tính, tuy nhiên cũng như các nghiên cứu khác cho thấy ở bệnh nhân u tuyến ức và nhược cơ, rất hiếm ác tính. Nghiên cứu của Mai Văn Viện trên 188 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật thấy chỉ có một trường hợp ung thư tuyến ức [8]. Theo Takahashi K, đa số u tuyến ức có vỏ bao hoàn toàn hoặc một phần. Vỏ bao kết hợp với các dải xơ chia u thành các tiểu thùy. Việc thấy được vỏ bao và các vách xơ này gợi ý tổn thương mô học không tiến triển. Đặc điểm này không thấy được trên phim CLVTLN. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 khối u tuyến ức (88,9%) có bao xơ gần hoàn toàn hoặc một phần. Có 13 khối u (48,1%) có các vách xơ. Mặt khác do bệnh nhân đến khám bệnh đa phần vì triệu chứng nhược cơ nên đa số các khối u đều có kích thước không quá to, và cũng chưa gây các biểu hiện chèn ép nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u tuyến ức có kích thước trung bình dài $35,30 \pm 13,92$ mm, rộng $23,93 \pm 13,39$ mm. Có một trường hợp khối u lớn, có kích thước lớn nhất là 72 mm.

Có 5 khối u (18,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi có hiện tượng xâm lấn vào tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch vô danh (02 trường hợp là tít B2, 02 trường hợp là tít B1 và 01 trường hợp là tít AB). Hiện tượng xâm lấn mạch máu được xác định khi khối u bao bọc, tắc nghẽn mạch máu, đường bờ và khẩu kính mạch máu bất thường, có tổ chức mô mềm sáng trong lòng mạch. Mặc dù Fujimoto K và cộng sự đã khẳng định từ năm 1992 là CHT có giá trị hơn CLVTLN trong đánh giá xâm lấn cơ quan xung quanh tuy nhiên các nghiên cứu đã chỉ ra cả CLVTLN và CHT đều không thể phát hiện những xâm lấn tối thiểu trung thất. Xóa toàn bộ lớp mỡ xung quanh nhiều khả năng xâm lấn trung thất, trong khi xóa

một phần là không xác định. Còn nếu trên phim CHT khi toàn bộ lớp mỡ không bị xóa thì sẽ loại trừ việc khối u xâm lấn lan rộng nhưng lại không loại trừ xâm lấn tối thiểu vỏ bao. Tuy nhiên việc khối u phát triển mỏng qua màng phổi hoặc có ít di căn cho chúng ta gợi ý là một khối u xâm lấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 5 trường hợp đánh giá xâm lấn, các khối u đều xóa hoàn toàn lớp mỡ trung thất với tổ chức lân cận hoặc đã gây bất tắc mạch máu. Các trường hợp này đã khẳng định chính xác bằng việc thăm sát trong mổ và bằng kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

***Chỉ số CSR:** Giá trị của phim chụp CLVTLN trong việc chẩn đoán u tuyến ức là rất cao và vẫn là xét nghiệm thường quy trong chẩn đoán và tiên lượng u tuyến ức. Tuy nhiên hiện nay tại Bệnh viện Quân y 103 có thêm kỹ thuật chụp CHT tuyến ức để giúp cho những chẩn đoán thêm chính xác là u tuyến ức hay không phải là u tuyến ức. Cụ thể là hình dạng một khối khu trú là đặc trưng của u tuyến ức và hình tuyến là đặc trưng của tăng sản tuyến ức trên phim chụp CLVTLN, tuy nhiên vẫn có rất nhiều trường hợp tăng sản có biểu hiện khối mô mềm lớn (thậm chí phát hiện dễ dàng trên X quang quy ước) và đã chẩn đoán nhầm là u tuyến ức [10]. Trong các trường hợp này, CHT rất có giá trị phân biệt u và không u nhờ hiện tượng suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha so với hình đồng pha. Hiện tượng này có thể đánh giá định tính bằng quan sát trực tiếp và có thể định lượng bằng cách tính chỉ số CSR. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số CSR trung bình là $1,04 \pm 0,17$. Theo nghiên cứu mới nhất của tác giả Phùng Anh Tuấn năm 2018 thì tác giả có nghiên cứu ở cả hai nhóm u và không u, kết quả là giá trị CSR nhóm u là $1,02 \pm 0,07$, nhóm không u là $0,64 \pm 0,10$. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,000$ và tác giả đã kết luận rằng có thể sử dụng giá trị CSR như một tiêu chí để phân biệt u và không u tuyến ức. Trong nghiên cứu của Inaoka T, tác giả nhận thấy giá trị CSR nhóm bệnh nhân tăng sản là $0,614 \pm 0,13$, CSR nhóm bệnh nhân u là $1,026 \pm 0,039$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Popa GA cho thấy giá trị CSR nhóm u là $1,0398 \pm 0,0244$ lớn hơn có ý nghĩa so với giá trị CSR nhóm tăng sản là $0,4964 \pm 0,184$. Priola AM xác định giá trị CSR của nhóm bệnh nhân tăng sản là $0,545 \pm 0,162$, giá trị CSR của nhóm u tuyến ức là $1,045 \pm 0,094$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,0001$ [4]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với việc chẩn đoán u và phù hợp với các tác giả khác. Điều này cho thấy giá trị của chụp CHT tuyến ức trong việc chẩn đoán u tuyến ức.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả nghiên cứu về một số đặc điểm hình ảnh học u tuyến ức có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 6 năm, chúng tôi nhận thấy rằng: cắt lớp vi tính lồng ngực và cộng hưởng từ tuyến ức là các xét nghiệm có giá trị cao trong xác định các đặc điểm của u tuyến ức có nhược cơ trước mổ. Chỉ số CSR có ý nghĩa trong việc nâng cao giá trị chẩn đoán u tuyến ức, nên được ứng dụng trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strollo DC., Rosado de Christenson ML., and Jett JR. (1997).** Primary mediastinal tumors. Part 1: tumors of the anterior mediastinum, Chest. 112(2): 511-22.
2. **Marom EM. (2010).** Imaging thymoma, J Thorac Oncol. 5(10 Suppl 4): S296-303.
3. **Nasser F., Eftekhari F. (2010).** Clinical and radiologic review of the normal and abnormal

thymus: pearls and pitfalls, Radiographics. 30(2): 413-28.

4. **Priola AM., Priola SM. (2014).** Imaging of thymus in myasthenia gravis: from thymic hyperplasia to thymic tumor, Clin Radiol. 69(5): e230-45.
5. **McErlean A., Huang J., Zabor E.C., et al. (2013).** Distinguishing benign thymic lesions from early-stage thymic malignancies on computed tomography, J Thorac Oncol. 8(7): 967-73.
6. **Phạm Hữu Lư (2015),** Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
7. **Liu GB., Qu YJ., Liao MY., et al. (2012).** Relationship between computed tomography manifestations of thymic epithelial tumors and the WHO pathological classification, Asian Pac J Cancer Prev. 13(11): 5581-5.
8. **Mai Văn Viện (2004).** Nghiên cứu một số chỉ tiêu lâm sàng, cận lâm sàng có liên quan đến kết quả điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.

KIỂM ĐỊNH BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI THÓI QUEN THỞ MIỆNG Ở TRẺ 5 TUỔI

Ngô Việt Thành*, Lê Thị Thu Hằng*, Mai Thu Quỳnh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với mục tiêu kiểm định bộ câu hỏi đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng trên một nhóm trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên. Phòng vấn trực tiếp phụ huynh của 354 trẻ theo bảng 44 câu hỏi của Issei Saitoh được thực hiện tại 3 trường mầm non Quyết Thắng, Thịnh Đán và Đồng Quang. Kết quả nghiên cứu đã xác định tính tin cậy của bộ câu hỏi (Cronbach's Alpha = 0,759); 11/44 số câu hỏi phù hợp để đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng với hệ số tương quan biến – tổng lớn hơn 0,3 và được chia làm 3 nhóm yếu tố: ngạt mũi, khô môi, bệnh niêm mạc miệng/ họng với tổng phương sai trích đạt yêu cầu (54,98%). **Kết luận:** Bộ câu hỏi đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng của trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên nên rút ngắn còn 11 câu hỏi và chia thành 3 nhóm yếu tố: ngạt mũi, khô môi và bệnh niêm mạc miệng/ họng.

Từ khóa: Thói quen thở miệng, độ tin cậy, phân tích nhân tố khám phá, 5 tuổi.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE QUESTIONNAIRE OF THE FACTORS AFFECTING MOUTH BREATHING

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Việt Thành
Email: bs.ngovietthanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/1/2020
Ngày phản biện khoa học: 23/1/2020
Ngày duyệt bài: 12/2/2020

HABIT IN 5 YEARS OLD CHILDREN

A cross-sectional study was conducted in order to examine the questionnaire of the factors affecting mouth breathing habit in 5 years old children in Thai Nguyen. 354 parents of 5 years old children were face to face interviewed based on the questionnaire of Issei Saitoh at 3 kindergartens named Quyet Thang, Thinh Dan and Dong Quang. The results indentified that the questionnaire was reliable (Cronbach's Alpha = 0.759). 11 of 44 questions were selected (the corrected item total correlation > 0.3) and were classified into 3 factors: nasal congestion, dry lips and condition of oral mucosa/throat with cumulative extraction sums of squared loadings was 54.98%. **Conclusion:** The questionnaire of the factors affecting mouth breathing habit in 5 years old children in Thai Nguyen should be consist 11 questions and classify into 3 factors: nasal congestion, dry lips and condition of oral mucosa/throat.

Keywords: Mouth breathing habit, reliability, exploratory factor analysis, 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở miệng là một trong những thói quen răng miệng xấu có ảnh hưởng rất lớn, không chỉ tới sự phát triển của hệ thống sọ mặt mà còn tới sức khỏe toàn thân [1,2,4]. Trẻ có thói quen thở miệng nếu không được điều trị và kiểm soát kịp thời sẽ gặp phải những vấn đề nghiêm trọng cả về thẩm mỹ và chức năng, ảnh hưởng tới chất lượng sống và đòi hỏi những điều trị phức tạp và lâu dài [2,3,6]. Chính vì vậy, việc xác định được

nguyên nhân và các yếu tố liên quan tới thói quen này vô cùng quan trọng, đóng góp không nhỏ tới hiệu quả điều trị và phòng bệnh. Tuy nhiên, do đối tượng nghiên cứu là trẻ em và thở miệng là thói quen đa yếu tố nên việc xác định chính xác và phân loại các yếu tố nguy cơ gặp nhiều khó khăn.

Năm 2018, Issei S và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu trên 380 trẻ em Nhật Bản từ 6-12 tuổi dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 44 câu hỏi tự trả lời [5]. Nghiên cứu đã chỉ ra 7 yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng: trạng thái môi ở tư thế nghỉ, bệnh mũi họng, thói quen ăn uống, hơi thở hôi, rối loạn chức năng nhai/nuốt, bệnh lý về răng/lợi và khô môi. Đây là bộ công cụ có độ tin cậy cao, dễ thực hiện tại cộng đồng nhưng chưa được kiểm định tính phù hợp khi áp dụng cho trẻ 5 tuổi tại Việt Nam.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu thường chỉ tập trung đánh giá hậu quả của thói quen thở miệng mà chưa tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới thói quen này. Mặt khác, 5 tuổi là dấu mốc quan trọng, đánh dấu sự thay đổi không chỉ về mặt tâm lý, hành vi mà còn là bước ngoặt trong sự phát triển của bộ răng, xương hàm và cả hệ thống sọ mặt. Bất kỳ những tác động nào ảnh hưởng tới trẻ trong độ tuổi này đều có thể gây nên những ảnh hưởng nghiêm trọng tới hệ thống nhai nếu không được can thiệp kịp thời. Vì những lý do trên, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này với mục tiêu kiểm định bộ câu hỏi đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng của Issei S để áp dụng cho trẻ 5 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Trẻ 5 tuổi tại trường mầm non Quyết Thắng, Thịnh Đán và Đồng Quang, tỉnh Thái Nguyên. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng gồm những trẻ hợp tác, phụ huynh đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Những trẻ có dị tật bẩm sinh vùng miệng, hàm mặt; đã/đang điều trị chỉnh hình răng mặt hay kiểm soát thói quen thở miệng bị loại trừ. 354 trẻ cùng phụ huynh thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu đã được lựa chọn.

2. Phương pháp. Nghiên cứu được tiến hành tại 3 trường mầm non ở tỉnh Thái Nguyên, năm 2019 với thiết kế mô tả cắt ngang.

Bộ câu hỏi phỏng vấn phụ huynh để xác định các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng [5]

Bảng 1. Phân tích biến – tổng của từng câu hỏi

	Tương quan biến – tổng (hiệu chỉnh)	Cronbach's Alpha (nếu loại biến)
Đề bị mệt hay nhanh bị mệt sau khi vận động?	0,233	0,711
Có thói quen thức dậy sớm vào buổi sáng?	0,124	0,717

được dịch sang tiếng Việt với ngôn ngữ dễ hiểu, gồm 44 câu hỏi với cách trả lời có/không.

Thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp phụ huynh bằng bộ 44 câu hỏi.

3. Xử lý số liệu. Kiểm định độ tin cậy thang đo Cronbach's Alpha được sử dụng để loại bỏ biến số rác trước khi tiến hành phân tích nhân tố. Kiểm định độ tin cậy của các câu hỏi dựa vào hệ số kiểm định Cronbach's Alpha. Các câu hỏi có hệ số tương quan biến – tổng nhỏ hơn 0,3 bị loại. Một bộ câu hỏi tốt khi hệ số Cronbach's Alpha biến thiên trong khoảng [0,70 – 0,80]. Nếu Cronbach's Alpha > hoặc = 0,60 là thang đo có thể chấp nhận được về mặt tin cậy [7]. Phân tích EFA được sử dụng để xác định các nhóm tiêu chí đánh giá thang đo. Phương pháp phân tích EFA thuộc nhóm phân tích đa biến phụ thuộc lẫn nhau, nghĩa là không có biến phụ thuộc và biến độc lập mà nó dựa vào mối tương quan giữa các biến với nhau. EFA dùng để rút gọn một tập k biến quan sát thành một tập F ($F < k$) các nhân tố ý nghĩa hơn. Cơ sở của việc rút gọn này dựa vào mối quan hệ tuyến tính của các nhân tố với các biến số quan sát. Số lượng các nhân tố cơ sở tùy thuộc vào mô hình nghiên cứu, trong đó chúng ràng buộc nhau bằng cách xoay các vector trục giao nhau để không xảy ra hiện tượng tương quan.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên phê duyệt (số 238A/QĐ-ĐHYD ngày 28 tháng 02 năm 2019)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 354 trẻ được chọn vào nghiên cứu, có 46% trẻ nam và 54% trẻ nữ thuộc các dân tộc Kinh (68,9%), Tày (15,5%), Nùng (10,2%), Dao (1,7%) và các dân tộc khác (3,7%).

1. Đánh giá độ tin cậy của bộ câu hỏi

Kết quả kiểm định độ tin cậy bộ câu hỏi với hệ số Cronbach's Alpha, hệ số tin cậy của toàn bộ 44 câu hỏi là 0,717 (lớn hơn mức yêu cầu 0,6). Xét hệ số tương quan biến – tổng (hiệu chỉnh) của các câu hỏi, 11/44 câu hỏi đạt yêu cầu > 0,30. Do đó, 33 câu hỏi còn lại bị loại và tiếp tục phân tích EFA cho 11 câu hỏi được chọn. Hệ số tin cậy Cronbach's Alpha của bộ 11 câu hỏi chọn là 0,759.

Thường xuyên tập thể dục?	0,133	0,716
Mất ngủ/ ngủ không ngon giấc?	0,237	0,710
Bị gù (vai thấp và đưa ra trước)?	0,191	0,714
Hay bị ngạt mũi vào ban ngày?	0,458	0,696
Hay bị ngạt mũi trong lúc ngủ?	0,453	0,697
Hay bị hắt xì?	0,435	0,697
Hay bị chảy mũi?	0,396	0,699
Hay bị chảy máu cam?	0,210	0,712
Thường xuyên bị đau họng?	0,358	0,702
Bị viêm Amylđan?	0,225	0,711
Nghe kém?	0,204	0,713
Ngáy khi ngủ?	0,241	0,710
Thường xuyên bị khô miệng?	0,315	0,707
Hơi thở hôi vào buổi sáng?	0,113	0,719
Hơi thở hôi trong ngày?	0,146	0,715
Miệng thường xuyên há vào ban ngày?	0,371	0,707
Há miệng khi ngủ?	0,358	0,705
Có thể ngậm kín hai môi trên 1 phút?	0,091	0,720
Răng cửa hàm trên bị chìa ra trước (vẩu)?	0,214	0,713
Bị cắn ngược (răng cửa hàm dưới nằm phía ngoài răng cửa hàm trên khi hai hàm cắn chặt)?	-0,066	0,719
Bị cắn hở vùng răng cửa (răng cửa hàm trên và hàm dưới không chạm nhau khi hai hàm cắn chặt)?	0,183	0,714
Phát âm rõ ràng?	0,005	0,724
Thường xuyên bị khô môi?	0,324	0,706
Môi dày?	0,108	0,716
Môi trên đưa ra trước?	0,161	0,715
Khi môi bình thường, răng lộ ra giữa hai môi?	0,240	0,710
Môi rủ xuống (môi mềm quá mức)?	0,089	0,717
Thường xuyên bị nẻ môi?	0,314	0,706
Thường xuyên bị viêm lợi?	0,212	0,712
Lợi dễ bị nhiễm màu?	0,054	0,717
Răng dễ bị nhiễm màu?	0,185	0,713
Hay bị nhiệt miệng/loét miệng?	0,364	0,702
Cổ cao răng?	0,157	0,714
Hay ăn vặt/ ăn nhiều bữa nhỏ trong ngày?	0,216	0,711
Thích ăn đồ ăn mềm?	0,194	0,713
Uống nước/ chan canh trong bữa ăn?	0,102	0,719
Thời gian ăn một bữa nhanh?	-0,015	0,733
Kén ăn (chỉ ăn một vài món quen thuộc)?	0,169	0,715
Nhai thức ăn tốt?	-0,110	0,725
Phát ra tiếng ồn khi ăn?	0,232	0,712
Khép kín hai môi khi con ăn?	0,112	0,718
Hay bị rơi, vãi cơm ra khỏi miệng khi ăn?	0,159	0,714

2. Phân tích nhân tố khám phá. Sau khi từng câu hỏi trong bộ câu hỏi phỏng vấn phụ huynh để xác định các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng được đánh giá sơ bộ độ tin cậy với hệ số Cronbach's Alpha, có 11/44 câu hỏi đạt yêu cầu cho phân tích nhân tố khám phá (EFA). Phép trích nhân tố được sử dụng là phép Phân tích thành phần chính (Principal Component Analysis) với phép xoay vuông góc (Varimax). Kết quả cho thấy hệ số Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

đạt mức có ý nghĩa thích hợp phân tích nhân tố (KMO = 0,795). Giá trị kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê ($\alpha < 0,001$) với ý nghĩa các câu hỏi có mối tương quan với nhau trong tổng thể, số nhóm câu hỏi được trích là 3 nhóm với tổng sai trích đạt yêu cầu (54,98%). Kết quả phân tích EFA cho thấy 11 câu hỏi đều có trọng số nhân tố đạt yêu cầu và có ý nghĩa thực tiễn.

Bảng 2. Kết quả phân tích nhân tố khám phá

	Nhóm nhân tố
--	--------------

	Ngạt mũi	Khô môi	Bệnh niêm mạc miệng/họng
Hay bị ngạt mũi trong lúc ngủ?	0,792		
Hay bị ngạt mũi vào ban ngày?	0,787		
Hay bị hắt xì?	0,766		
Hay bị chảy mũi?	0,731		
Há miệng khi ngủ?	0,500		
Thường xuyên bị khô môi?		0,791	
Thường xuyên bị nứt môi?		0,741	
Thường xuyên bị khô miệng?		0,606	
Miệng thường xuyên há vào ban ngày?		0,508	
Hay bị nhiệt miệng/loét miệng?			0,773
Thường xuyên bị đau họng?			0,444

IV. BÀN LUẬN

Thở miệng là thói quen răng miệng xấu thường gặp, gây nên những hậu quả nghiêm trọng tới sự hài hòa khớp cắn, sự phát triển cả về thể chất lẫn tinh thần của trẻ em. Rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra những ảnh hưởng tiêu cực của thói quen này và luôn khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng tìm hiểu nguyên nhân, các yếu tố liên quan để kiểm soát có hiệu quả, phòng biến chứng và điều trị tích cực. Những rối loạn về đường thở thường là đa nguyên nhân nên kiểm soát gặp nhiều khó khăn, chính vì vậy, việc xác định các yếu tố liên quan là vô cùng quan trọng và tốt nhất là ở thời điểm sớm khi chưa có ảnh hưởng tới hệ thống nhai quan sát được trên lâm sàng. Vì những lý do trên, nhóm nghiên cứu quyết định nghiên cứu trên 354 trẻ 5 tuổi, được lựa chọn từ 3 trường mầm non ở những khu vực địa lý khác nhau ở tỉnh Thái Nguyên, có sự khác biệt về điều kiện kinh tế, xã hội, văn hóa, dân tộc và đại diện được cho trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên.

Trên thế giới, một số thang đo đã được sử dụng để đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng, phổ biến như của Sano M [8] và Issei S [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi của Issei S vì tương đối đơn giản, dễ phỏng vấn và có thể thực hiện hoàn toàn tại cộng đồng thay vì phải có những thông tin bắt buộc phải thu thập thông qua khám lâm sàng tại cơ sở y tế. Bộ câu hỏi của Issei S gồm 44 câu được dịch sang tiếng Việt, sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu với phụ huynh của trẻ và đã được

thẩm định về ý nghĩa.

Trong nghiên cứu này, hệ số tin cậy của Cronbach's Alpha của tổng các biến số đạt mức tốt (Cronbach's Alpha = 0,759). Tuy nhiên, số lượng câu hỏi đạt yêu cầu cho phân tích nhân tố khám phá là 11/44, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Issei S là 26/44 [5]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu (Issei S nghiên cứu trên trẻ 6-12 tuổi), sự khác biệt giữa kinh tế, văn hóa giữa Việt Nam và Nhật Bản.

Kết quả phép trích nhân tố trong nghiên cứu cho thấy 11 câu hỏi được trích làm 3 nhóm yếu tố: ngạt mũi, khô môi và bệnh niêm mạc miệng/họng với tổng sai trích đạt yêu cầu (54,98%) (KMO = 0,795; giá trị kiểm định Bartlett $\alpha < 0,001$). Kết quả này cũng khác biệt so với nghiên cứu của Issei với 7 nhóm yếu tố: trạng thái môi ở tư thế nghỉ, bệnh mũi họng, thói quen ăn uống, hơi thở hôi, rối loạn chức năng nhai/nuốt, bệnh lý về răng/lợi và khô môi. Các câu hỏi khảo sát về các yếu tố: trạng thái môi ở tư thế nghỉ, chức năng nhai/ nuốt phụ thuộc khá nhiều vào sự quan tâm và hiểu biết của phụ huynh đối với trẻ. Mặt khác, với trẻ 5 tuổi, để phụ huynh đánh giá chính xác tình trạng môi, chức năng nhai/nuốt của con mình cũng gặp nhiều khó khăn. Xét về nhóm yếu tố thói quen ăn uống, trẻ 5 tuổi có chế độ ăn và cách thức ăn gần như giống nhau ở cả trường mầm non và tại nhà nên các câu hỏi thuộc nhóm này có hệ số tương quan biến – tổng khá thấp, không được đưa vào phân tích nhân tố khám phá.

V. KẾT LUẬN

Bộ câu hỏi đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng của trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên nên rút ngắn còn 11 câu hỏi và chia thành 3 nhóm yếu tố: ngạt mũi, khô môi và bệnh niêm mạc miệng/họng.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tiếp tục hoàn thiện bộ câu hỏi để đánh giá các yếu tố liên quan tới thói quen thở miệng, phù hợp với trẻ 5 tuổi tại Thái Nguyên. Nghiên cứu cần được mở rộng hơn ở các vùng miền khác để đánh giá toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ankita J., et al. Mouth breathing: A menace to developing dentition. Journal of Contemporary Dentistry. 2014;3:145-151.
2. Basheer B., et al. Influence of mouth breathing on the dentofacial growth of children: A cephalometric study. Journal of International Oral Health. 2014; 6(6):50 –55.
3. Conti P. B., et al. Assessment of the body posture

- of mouth-breathing children and adolescents. *Jornal of Pediatrics*. 2011;87(4):357–363.
4. **Harari D., et al.** The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. *The Laryngoscope*. 2010;120(10):2089–2093.
 5. **Issei S., et al.** An Exploratory study of the factors related to Mouth Breathing Syndrome in primary school children. *Archives of Oral Biology*. 2018;92:57-61.
 6. **Mario M., et al.** Growth and mouth breathers. *J Pediatr (Rio J)*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.11.005>
 7. **Nunnally J., Berstein I.H.** *Psychometric Theory*, 3rd ed. 1994. New York: McGraw-Hill.
 8. **Sano M., et al.** Proposal for a screening questionnaire for detecting habitual mouth breathing, based on a mouth-breathing habit score. *BMC Oral Health*. 2018;18: 216.

PHÁC ĐỒ 4 THUỐC CÓ BISMUTH SO SÁNH VỚI PHÁC ĐỒ 3 THUỐC CÓ LEVOFLOXACIN TRONG ĐIỀU TRỊ TIẾT TRỪ HELICOBACTER PYLORI LẦN ĐẦU: NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM

Trần Thị Khánh Tường¹, Tống Nguyễn Diễm Hồng²,
Nguyễn Thị Anh Đào², Ngô Thị Thanh Quyết³

TÓM TẮT

Tổng quan: Phác đồ 4 thuốc có chứa bismuth và phác đồ 3 thuốc có levofloxacin được khuyến cáo chọn lựa đầu tiên cho bệnh nhân nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ở những vùng có tỷ lệ đề kháng clarithromycin và metronidazole cao. Hiện rất ít nghiên cứu so sánh hiệu quả của phác đồ 4 thuốc có chứa bismuth với 3 thuốc có levofloxacin trong điều trị nhiễm *H.pylori* lần đầu ở nước ta. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 658 bệnh nhân nhiễm *H. Pylori* có chỉ định diệt trừ *H. Pylori* từ 3 trung tâm. Các bệnh nhân được điều trị ngẫu nhiên phác đồ 4 thuốc có bismuth hoặc 3 thuốc có levofloxacin. Chẩn đoán nhiễm *H.Pylori* dựa vào xét nghiệm Clotest hoặc C13 urea-breath. Bốn đến tám tuần sau khi kết thúc điều trị, tình trạng *H. pylori* được kiểm tra lại bằng thử nghiệm Clotest hoặc C13 urea-breath. **Kết quả:** Có 658 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuy nhiên, có 167 bệnh nhân không tái khám. 491 bệnh nhân còn lại được chọn ngẫu nhiên điều trị phác đồ 4 thuốc có bismuth (nhóm RBMT, N=252) hay phác đồ 3 thuốc có levofloxacin (nhóm RAL, N=238). Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* của phác đồ RBMT và phác đồ RAL theo ý định nghiên cứu (ITT) là 84,1% so với 77,4% ($p<0,05$) và theo thiết kế nghiên cứu (PP) là 95,9% so với 80,1% ($p<0,05$). Tác dụng phụ xảy ra ở 73,3% bệnh nhân dùng phác đồ RBMT so với 36,4% sử dụng RAL ($p<0,05$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị trên 90% của bệnh nhân đối với RBMT và phác đồ RAL lần lượt là 78,6% và 88,3% ($p<0,05$). **Kết luận:** Hiệu quả tiết trừ *H.pylori* của phác đồ 4 thuốc có bismuth cao hơn phác

đồ 3 thuốc có levofloxacin, tuy nhiên nhiều tác dụng hơn và tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân thấp hơn so với phác đồ 3 thuốc có levofloxacin.

Từ khóa: Phác đồ 4 thuốc có bismuth, phác đồ 3 thuốc có levofloxacin, nhiễm *Helicobacter pylori*

SUMMARY

BISMUTH QUADRUPLE THERAPY VERSUS LEVOFLOXACIN TRIPLE THERAPY FOR FIRST-LINE HELICOBACTER PYLORI ERADICATION TREATMENT: MULTICENTER STUDY

Background: Bismuth-containing quadruple regimen and levofloxacin-based triple therapy are recommended as a first-line therapy in areas with high clarithromycin and metronidazole resistance. However, increasing resistance to levofloxacin in Vietnam can effect the success rate of levofloxacin-based triple therapy. There have been few studies comparing the efficacy of bismuth-based quadruple therapy with levofloxacin-based triple therapy for the first-line treatment of *H. pylori* infection in our country. **Patients and Methods:** we included 658 naïve patients with *H.pylori* infection. However, there were 167 patients lost to follow-up. 491 patients were randomly assigned either to bismuth-containing quadruple regimen (Group RBMT, N=252) or to levofloxacin triple (Group RAL, N=239). Both groups were treated for 14 days. Eradication of *H. pylori* was assessed by 13C- urea breath test or Clotest 4 - 8 weeks after therapy. **Results:** The *H. pylori* eradication rates of Group RBMT and Group RAL on the intention to treat analysis (ITT) were 84.1% in Group RBMT, 77.4% in Group RAL ($P<0.05$). The per protocol eradication rates were 95.9% and 80.1% respectively ($p<0.05$). Side effects were significantly higher in the Group RBMT 73.3% than Group RAL 36.4% ($p<0.05$). The compliance rate more than 90% of Group RBMT and Group RAL were 78.6% and 88.3% ($p<0.05$) respectively. **Conclusions:** A 14-day course of levofloxacin triple therapy appeared to be more effective and better tolerated than a 10-day

¹Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

²Phòng khám ĐK Đại Phước TP.HCM

³Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Khánh Tường

Email: drkhanhtuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/1/2020

Ngày duyệt bài: 1/2/2020

bismuth-based quadruple therapy in the treatment of persistent *H. pylori* infection. However, bismuth-containing quadruple regimen had more adverse effects and lower medication adherence than that of levofloxacin-based triple therapy.

Keywords: Bismuth-containing quadruple regimen, levofloxacin-based triple therapy, *Helicobacter pylori* infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất. Nhiễm *H. pylori* là nguyên nhân chính gây viêm dạ dày, loét dạ dày và tá tràng và ung thư dạ dày. Điều trị diệt trừ *H. pylori* cải thiện tình trạng viêm dạ dày, thúc đẩy quá trình lành vết loét và giảm tỷ lệ mắc ung thư dạ dày. Điều trị diệt trừ *H. pylori* đang trở nên khó khăn hơn do tăng đề kháng kháng sinh. Theo đồng thuận Maastricht IV / Florence (1), đối với những khu vực có tỷ lệ kháng clarithromycin và metronidazole cao hơn 15% như ở nước ta, liệu pháp điều trị bằng 4 thuốc có Bismuth trong 14 ngày được khuyến cáo là phác đồ chọn lựa đầu tiên cho BN nhiễm *H. pylori* chưa từng điều trị.

Phác đồ 3 thuốc có levofloxacin cũng được xem là phác đồ chọn lựa đầu tiên theo hướng dẫn của Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) 2017 (2) và theo Maastricht IV / Florence trường hợp không có bismuth, phác đồ này được thay thế cho phác đồ 4 thuốc có bismuth. Tuy nhiên, ở nước ta, với tình trạng đề kháng levofloxacin lên đến 41,3% (3) làm ảnh hưởng hiệu quả diệt trừ phác đồ 3 thuốc chứa levofloxacin. Do phác đồ 3 thuốc chứa levofloxacin có ít tác dụng phụ và cách uống đơn giản hơn phác đồ 4 thuốc chứa bismuth, phác đồ này thường được kê toa thường xuyên hơn cho BN nhiễm *H. pylori*. Hiện rất ít nghiên cứu so sánh hiệu quả của 2 phác đồ này trong điều trị nhiễm *H. pylori* lần đầu, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. So sánh tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* của phác đồ 4 thuốc chứa bismuth với phác đồ 3 thuốc chứa levofloxacin

2. So sánh tỷ lệ tác dụng phụ và tuân thủ điều trị của bệnh nhân đối với của phác đồ 4 thuốc chứa bismuth với phác đồ 3 thuốc chứa levofloxacin

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu ngẫu nhiên, mở nhãn đa trung tâm

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Các BN được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* có chỉ định điều trị tại phòng khám tiêu hoá thuộc BV Đại học Y Dược TP.HCM, phòng khám Đa khoa Đại Phước TP. HCM và bệnh viện Thống Nhất.

+ Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* có chỉ định điều trị tại phòng khám tiêu hoá thuộc BV Đại học Y Dược TP.HCM

BN được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi thỏa ít nhất 1 tiêu chuẩn sau:

- Test urease nhanh (CLO test) dương tính
- Test hơi thở C13 (C13 urea-breath test) dương tính

Chỉ định điều trị *H. pylori*

• Viêm/loét dạ dày hay tá tràng chẩn đoán qua nội soi tiêu hoá trên

• Khó tiêu chức năng (functional dyspepsia) theo tiêu chuẩn ROME IV-2016

+ Tiêu chuẩn loại trừ

• Ung thư dạ dày (chẩn đoán qua nội soi có hay không có giải phẫu bệnh)

• Bệnh nội khoa nặng: xơ gan mất bù, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, suy tim nặng, COPD...

• BN đang sử dụng kháng sinh nào khác ngoài các kháng sinh có trong 1 trong 2 phác đồ trên.

• BN không có toa thuốc nào khác ngoài toa thuốc điều trị nhiễm *H. pylori* trong thời khoảng thời gian 14 ngày

• BN không tái khám theo thiết kế

• Phụ nữ có thai hay đang cho con bú

2.3. Cách tiến hành. Các BN nhiễm *H. pylori* thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị ngẫu nhiên 1 trong 2 phác đồ sau:

- Phác đồ 1: 4 thuốc có Bismuth (nhóm RBMT) với thời gian và liều lượng theo khuyến cáo của Maastricht V (2017) gồm rabeprazole (Pariet) 20mg x 2 lần uống trước ăn 30-60 phút; Colloidal bismuth subcitrate (Trymo120mg) 1viên x 4 lần/ngày hay Tripotassium dicitrate bismuthate (Ducas 300mg); Tetracycline 500 mg1 viên x 4 lần/ngày, Metronidazole (Flagyl) 250mg 2 viên x 3 lần/ ngày.

- Phác đồ 2: 3 thuốc có levofloxacin (nhóm RAL) gồm rabeprazole (Pariet) 20mg x 2 lần uống trước ăn 30-60 phút, levofloxacin (Tavanic) 500mg/ngày, amoxicillin 1000mg x 2 lần/ngày.

Theo dõi và kiểm tra *H. pylori* sau điều trị: BN được tái khám sau 2-3 tuần để đánh giá tác dụng phụ và sự tuân thủ điều trị. Kiểm tra tình trạng nhiễm *H. pylori* sau khi kết thúc điều trị từ 4-8 tuần bằng test urease nhanh (CLO test) hay test hơi thở C13 (C13 urea-breath test). BN không uống kháng sinh nào khác hay bismuth ít nhất 4 tuần, thuốc ức chế bơm proton ít nhất 2 tuần và thuốc kháng thụ thể H2 ít nhất 1 tuần trước khi kiểm tra lại tình trạng nhiễm *H. pylori*.

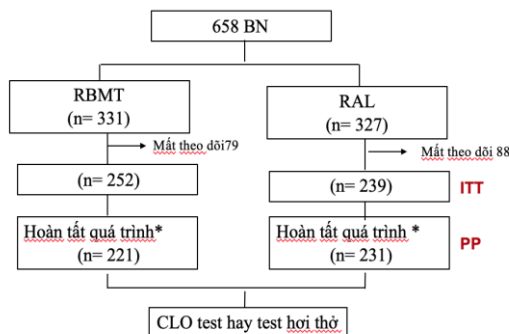
Đánh giá sự tuân thủ điều trị: <50% số thuốc được uống không tuân thủ, 50-<80% tuân thủ

kém, $\geq 80\%$ tuân thủ tốt. BN tuân thủ $\geq 80\%$ mới được xếp vào nhóm phân tích theo thiết kế nghiên cứu (PP).

2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm Stata 12, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Dùng phép kiểm χ^2 hoặc hiệu chỉnh Yates để so sánh 2 tỷ lệ. So sánh 2 trung bình bằng t test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 658 bệnh nhân nhiễm *H. pylori* thỏa tiêu chuẩn, được đưa vào nghiên cứu được tiến hành tại BV Đại học Y Dược TP.HCM, phòng khám Đa khoa Đại Phước TP. HCM và bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 5 năm 2019. 658 BN được chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm, 331 BN điều trị theo phác đồ 4 thuốc có Bismuth (nhóm RBMT) và 327 BN điều trị theo phác đồ 3 thuốc có levofloxacin (nhóm RAL). Có 79 BN nhóm RBMT và 88 BN nhóm RAL không tái khám lần nào được loại ra khỏi nghiên cứu. Nhóm RBMT còn 252 BN, trong đó có 19 BN tuân thủ $< 80\%$ và 12 ca ngưng thuốc do tác dụng phụ. Nhóm RAL còn 239 BN, trong đó có 3 BN tuân thủ $< 80\%$ và 5 BN ngưng thuốc do tác dụng phụ (sơ đồ 1).



Sơ đồ 1: Lưu đồ nghiên cứu

*Không hoàn tất khi tuân thủ $< 80\%$ hay ngưng điều trị do tác dụng phụ

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm 2 nhóm

	Nhóm (RBMT)	Nhóm (RAL)	p
N	252	239	
Giới: Nam	96/252 (38,1%)	109/239 (45,6%)	$< 0,05$
Tuổi	43,23 ± 12,51	46,23 ± 10,45	$> 0,05$
Loét/viêm dạ dày	65,5%	72,9%	$> 0,05$
Bệnh đi kèm (Hội chứng ruột kích thích, trào ngược dạ dày thực quản)	28,7%	34,4%	$< 0,05$

Có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỷ lệ giới tính và BN có bệnh lý đi kèm

3.2. Hiệu quả diệt trừ *H. Pylori*

Tất cả BN được xét nghiệm để xác nhận diệt trừ *H. pylori* được đưa vào phân tích theo ý định nghiên cứu (ITT). Những BN ngưng thuốc do tác dụng phụ, tuân thủ $< 80\%$, tái khám không theo thiết kế nghiên cứu, tự ý uống thêm thuốc ngoài thuốc được kê toa được loại trừ khỏi phân tích theo thiết kế nghiên cứu (PP)

Bảng 2. Hiệu quả diệt trừ *H. pylori*

	Nhóm RBMT	Nhóm RAL	P
ITT	212/252 (84,1%)	185/239 (77,4%)	$< 0,05$
95% CI	80,3 – 94,2	73,6 – 83,5	
PP	212/221 (95,9%)	185/231 (80,1%)	$< 0,05$
95% CI	88,5 – 99,2	76,5 – 88,3	

Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* của nhóm RBMT cao hơn nhóm RAL có ý nghĩa theo ITT và PP.

3.3. Tác dụng phụ và tuân thủ điều trị

Bảng 3. Tác dụng phụ

Tác dụng phụ (%)	Nhóm RBMT	Nhóm RAL	p
BN có tác dụng phụ	73,3	36,4	$< 0,05$
Ngưng thuốc	12/252 (4,8)	05/239 (2,1)	$< 0,05$
Mệt	71,3	24,6	$< 0,05$
Buồn nôn	42,5	13,4	$< 0,05$
Nôn	10,3	2,7	$< 0,05$
Bón	4,9	0,7	$< 0,05$
Đau gân	0	11,9	$< 0,05$
Tiêu chảy	2,8	12,9	$< 0,05$
Đen lưỡi	34,1	0	$< 0,05$
Chán ăn	39,8	15,7	$< 0,05$
Vị kim loại	21,7	0	$< 0,05$
Mất ngủ	4,5	11,8	$< 0,05$
Đau đầu	1,8	4,9	$< 0,05$
Đau bụng	8,8	9,5	$< 0,05$

Tỷ lệ BN có tác dụng phụ và ngưng thuốc do tác dụng phụ của nhóm RBMT cao hơn nhóm RAL có ý nghĩa

Bảng 4. Tuân thủ điều trị

Mức độ tuân thủ	Nhóm RBMT % (n)	Nhóm RAL % (n)	P
$< 80\%$	19/252 (7,5)	3/239 (1,3)	
$\geq 80\%$	233/252 (92,5)	236/239 (98,7)	
$\geq 90\%$	198/252 (78,6)	211/239 (88,3)	$< 0,05$

Tỷ lệ tuân thủ điều trị trên 90% của bệnh nhân đối với RBMT thấp hơn nhóm RAL có ý nghĩa.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Bảng 1 so sánh đặc điểm dân số nghiên cứu của 2 nhóm RBMT và RAL cho thấy tuổi và % BN bị viêm loét dạ dày tá tràng qua nội soi không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Tỷ lệ giới nam và BN có bệnh lý đi kèm như hội chứng ruột kích thích (IBS), trào ngược dạ dày tá tràng (GERD) khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Hiệu quả tiết trừ H.pylori tùy thuộc chủ yếu vào tình trạng kháng thuốc và sự tuân thủ điều trị. Tình trạng bệnh lý đi kèm có thể ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị và tác dụng phụ.

4.2. Tỷ lệ tiết trừ H. pylori thành công theo ITT và PP. Yếu tố dự đoán mạnh nhất của thất bại điều trị H. pylori là sự đề kháng kháng sinh. Ở những vùng có tỷ lệ kháng clarithromycin cao, phác đồ 4 thuốc có bismuth được khuyến cáo thay cho phác đồ 3 thuốc có clarithromycin trong tiết trừ H. pylori lần đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phác đồ RBMT theo ITT và PP là 94,7% và 96,8%, tương tự nghiên cứu trước đây của TT.T.K.Tường (98,3% và 98,1%) (4). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tiết trừ H. pylori lần đầu của phác đồ 4 thuốc có bismuth trong 14 ngày cao hơn đáng kể phác đồ 4 thuốc có Bismuth trong thời gian 10 ngày như nghiên cứu của Đ.N.Q.Huệ là 79,5% theo ITT và 90,6 theo PP (5). Tuy nhiên đặc điểm dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của Đ.N.Q.Huệ là các BN viêm dạ dày mạn và tiêu chuẩn điều trị tiết trừ thành công khi cả 3 xét nghiệm CLO test, mô học ở hang vị và mô học ở thân vị, do đó việc so sánh hiệu quả điều trị chỉ có giá trị tương đối. Đối với các nghiên cứu nước ngoài tỷ lệ diệt trừ thành công của chúng tôi tương tự như của Sun là 93,7% theo ITT và 97,4 theo PP (6). Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hiệu quả tiết trừ thành công H. Pylori của phác đồ 4 thuốc có Bismuth trong 14 ngày rất cao cho BN chưa từng điều trị trong tình hình đề kháng kháng sinh của H. Pylori ở nước ta hiện nay.

Phác đồ chứa levofloxacin là phác đồ có thể chọn lựa đầu tiên trong tiết trừ H. pylori theo hiệp hội Tiêu hoá Hoa kỳ (ACG) (2) và đồng thuận Maastricht IV/Florence 2017(1). Levofloxacin là kháng sinh fluoroquinolone với phổ hoạt động rộng chống lại vi khuẩn Gram dương và Gram âm và các tác nhân gây bệnh đường hô hấp không điển hình. Gần đây, một số nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của các liệu pháp dựa trên levofloxacin trong điều trị nhiễm H.pylori. Nghiên cứu trước đây cho thấy sự kết hợp của PPI, amoxicillin và levofloxacin là phác đồ điều trị hàng đầu với tỷ lệ tiết H.pylori trừ cao

(khoảng 90%) (6). Tuy nhiên, trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp 2016 (7), hiệu quả của phác đồ đối với điều trị lần đầu khá thấp 80.7%, đặc biệt vùng có tỷ lệ kháng levofloxacin > 5%, hiệu quả giảm dưới 80%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả tiết trừ của RAL theo ITT và PP khá thấp là 77,4% và 80,1%; thấp hơn nhiều so với phác đồ RBMT. Với tình trạng kháng thuốc của levofloxacin khá cao ở nước ta, theo tác giả Phan Nam Trung (2015) (3), kháng nguyên phát là 35,6% và thứ phát là 63,2%, tỷ lệ tiết trừ H. pylori của phác đồ 3 thuốc có levofloxacin của các nghiên cứu ở nước ta cũng không cao, đa số dưới 85%.

4.3. Tác dụng phụ và sự tuân thủ. Đa số BN sử dụng phác đồ RBMT có tác dụng phụ 73,3% thấp hơn nghiên cứu của Đ.N.Q.Huệ 81,93% (5). Tác dụng phụ thường gặp của phác đồ này là mệt, buồn nôn, đen lưỡi và chán ăn. Trong khi đó phác đồ 3 thuốc có levofloxacin có tác dụng phụ ít hơn đáng kể chỉ 36,4 % BN bị tác dụng phụ với tác dụng phụ thường gặp là mệt, chán ăn, buồn nôn và mất ngủ.

Trong nghiên cứu tỷ lệ BN phải ngưng thuốc do tác dụng phụ đối với phác đồ 4 thuốc có bismuth (4,8%) cao hơn phác đồ 3 thuốc có levofloxacin 1 BN (2,1%). Mệt và buồn nôn là 2 tác dụng phụ thường gặp nhất cho cả 2 phác đồ. Metronidazole liều cao (1500mg) và levofloxacin là những thuốc thường gây ra tác dụng phụ này. Với các nghiên cứu ở nước ngoài khi sử dụng phác đồ 4 thuốc có bismuth cũng cho thấy tỷ lệ tác dụng phụ nghiêm trọng phải ngưng thuốc không cao < 5% (8).

Tư vấn kỹ cho BN trước khi điều trị về hiệu quả, tác dụng phụ có thể gặp của phác đồ và tư vấn động viên BN trong quá trình điều trị kịp thời khi cần thiết sẽ giúp BN tuân thủ điều trị tốt.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN tuân thủ thuốc $\geq 90\%$ của phác đồ 4 thuốc có bismuth thấp hơn phác đồ 3 thuốc có levofloxacin (78,5% so với 88,3%) có ý nghĩa. Phác đồ 4 thuốc có Bismuth có tác dụng phụ nhiều hơn và cách uống phức tạp hơn phác đồ 3 thuốc có levofloxacin do vậy tỷ lệ BN tuân thủ điều trị thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả tiết trừ H.pylori lần đầu của phác đồ 4 thuốc có bismuth cao hơn phác đồ 3 thuốc có levofloxacin, tuy nhiên nhiều tác dụng hơn và tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân thấp hơn so với phác đồ 3 thuốc có levofloxacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Malfertheiner P, Megraud, F., O'Morain, et al. Management of Helicobacter pylori infection--the

- Maastricht V/ Florence Consensus Report. Gut. 2017;66:6-30.
2. **American College of Gastroenterology** guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection. Bethesda MACoGgotmoHpiB MACoG. 2018.
 3. **Phan TN, Santona A, Tran VH, Tran TNH, Cappuccinelli P, Rubino S, et al.** High rate of levofloxacin resistance in a background of clarithromycin- and metronidazole-resistant *Helicobacter pylori* in Vietnam. International journal of antimicrobial agents. 2015;45(3):244-8.
 4. **Trần Thị Khánh Tường.** Hiệu quả điều trị của phác đồ 4 thuốc có Bismuth trong điều trị nhiễm *Helicobacter Pylori*. Tạp chí khoa học Tiêu hoá Việt Nam. IX-2017;49:3067-73.
 5. **Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy,** Nguyễn Thanh Hải. viêm dạ dày mạn do *helicobacter pylori*: hiệu quả tiết trừ của phác đồ bốn thuốc có bismuth (ebmt). Tạp chí Y Dược học.32:149-59.
 6. **Rispo A DGE, Cozzolino A, et al.** Levofloxacin in first-line treatment of *Helicobacter pylori* infection. Helicobacter 2007;12:364-5.
 7. **Chen PY WM, Chen CY, et al.** Systematic review with meta-analysis: the efficacy of levofloxacin triple therapy as the first- or second-line treatments of *Helicobacter pylori* infection. Aliment Pharmacol Ther 2016;44:427-37.
 8. **Liang X ZQ, et al.** Efficacy of bismuth-containing quadruple therapies for clarithromycin-, metronidazole-, and Fluoroquinolone-resistant *Helicobacter pylori* infections in a prospective study. Clin Gastroenterol Hepatol 2013;802-7.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG HỖ TRỢ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LIỆT TỬ

Nguyễn Đình Hòa¹, Dương Thị Thùy², Nguyễn Hoài Thu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá các hoạt động công tác xã hội (CTXH) tại địa bàn thực tập với mục đích nhìn nhận rõ thực trạng từ đó đề xuất được các hoạt động trợ giúp chuyên nghiệp với vai trò của nhân viên công tác xã hội (NVCTXH) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 100 đối tượng nghiên cứu (70 người bệnh và 30 người nhà người bệnh) chấn thương cột sống liệt tử (CTCSLT), được phỏng vấn sâu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** 82% bệnh nhân được hỏi cho rằng họ đã được hỗ trợ ít nhất một trong các hoạt động CTXH, 18% bệnh nhân cho rằng mình chưa bao giờ được nhận hỗ trợ từ hoạt động CTXH của Bệnh viện. 70% (tương đương 65/82 người) CTCSLT rất hài lòng với chất lượng của các hoạt động CTXH trong hỗ trợ người CTCSLT, 18% hài lòng và 6% còn chưa hài lòng với chất lượng của hoạt động CTXH. **Kết luận:** Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã có những hoạt động CTXH nói chung nhằm hỗ trợ cho bệnh nhân CTCSLT và người nhà bệnh nhân một cách tốt nhất trong thời gian điều trị tại Bệnh viện, tuy nhiên muốn phát triển toàn diện hoạt động CTXH thì Bệnh viện cần hoàn thiện rất nhiều.

Từ khóa: công tác xã hội, chấn thương cột sống, liệt tử.

SUMMARY

SOCIAL WORK ACTIVITIES IN SUPPORTING PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trường Đại học Quốc gia Hà Nội

³Viện y học ứng dụng Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.1.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2020

Ngày duyệt bài: 24.2.2020

Purpose: to evaluate social work activities and propose professional supporting activities with enhancing the role of social workers at Viet Duc Hospital. **Subjects and methods:** 100 subjects (70 patients with spinal cord injury (SCI) and 30 family members). **Results:** 82% of the participants said that they had been supported at least one social activity, 18% said that they had never received support from the hospital's social activities. 70% of patients (equivalent to 65/82 patients) are very satisfied with the quality of social activities in supporting this group, while there was 18% are satisfied and 6% are still not satisfied with the quality of social assistance activities. **Conclusion:** Viet Duc Friendship Hospital has had general social activities in order to support patients with SCI and their family members during the time of treatment at the hospital, but in order to develop comprehensive activities, the hospital needs to improve in many aspects.

Keywords: social work, spinal cord injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, hàng năm có khoảng 40 ca chấn thương cột sống mới trong một triệu dân hoặc tổng số có khoảng 12000 ca CTCS tại Mỹ. Bệnh nhân nam giới chiếm đa số với tỷ lệ khoảng 77%, CTCSLT gặp chủ yếu do tai nạn lao động và tai nạn giao thông với độ tuổi trung bình khoảng 35-40 có thể chiếm đến 80%, đây là lực lượng lao động chính của xã hội [1]. Bệnh nhân CTCSLT khi bị liệt tử hoàn toàn, ngoài vấn đề mất sức lao động sau chấn thương, phụ thuộc vào người chăm sóc, bệnh nhân còn phải được điều trị các biến chứng như loét tỳ đè, nhiễm trùng tiết niệu, viêm tắc tĩnh mạch chi... Đây không chỉ nâng giá thành điều trị lên rất nhiều lần mà còn là một sang chấn tinh thần nặng nề cho bệnh nhân và gia đình, nhiều trường hợp

không thể tiếp tục điều trị do bản thân bệnh nhân từ chối [1].

Những khó khăn này cản trở người chấn thương cột sống liệt tủy tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục, học nghề, tìm kiếm việc làm, tham gia giao thông, dẫn đến khó khăn trong cuộc sống và hoà nhập với cộng đồng. Nhìn chung hiện nay những chính sách quan tâm của Đảng và nhà nước đã giảm bớt đi phần nào những khó khăn mà người CTCSLT đang gặp phải, tuy nhiên chưa thực sự làm giảm những ảnh hưởng nặng nề trong cuộc sống, đặc biệt là về vấn đề tâm lý của người CTCSLT.

Từ những phân tích trên có thể nhận định được vai trò quan trọng của các hoạt động CTXH trong trợ giúp đối tượng yếu thế tại bệnh viện, trong đó có người CTCSLT. Chính vì vậy tác giả muốn đi sâu nghiên cứu đề tài "*Hoạt động Công tác xã hội trong việc hỗ trợ người chấn thương cột sống liệt tủy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*" với mong muốn từ việc đánh giá các hoạt động CTXH đối với đối tượng người CTCSLT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hiện nay để đưa ra các đề xuất hoạt động CTXH chuyên nghiệp hơn với vai trò quan trọng của Nhân viên CTXH, nâng cao vai trò của NVCTXH trong hoạt động CTXH chuyên nghiệp đối với việc trợ giúp các đối tượng yếu thế, trong đó có người CTCSLT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đang điều trị CTCSLT khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức; Phòng CTXH Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính.

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện; chọn 100 đối tượng nghiên cứu bao gồm 70 bệnh nhân và 30 người nhà người bệnh đang điều trị CTCSLT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ 07/2018 – 07/2019.

3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

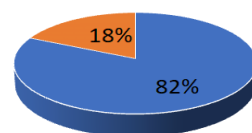
Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật Cột sống-Bệnh viện Việt Đức từ 07/2018– 07/2019.

4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức đồng ý; Các bệnh nhân được phỏng vấn hoàn toàn trên tinh thần tự nguyện. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trước khi bắt đầu vào quá trình tìm hiểu từng hoạt động CTXH cụ thể của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong việc hỗ trợ bệnh nhân CTCSLT trong quá trình thăm khám, điều trị, tác giả tiến hành đánh giá mức độ trợ giúp của Bệnh viện Việt Đức thông qua việc thu thập ý kiến của 100 mẫu với 70 mẫu bệnh nhân và 30 mẫu người nhà người bệnh đang điều trị CTCSLT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Dưới đây là số liệu thống kê sau quá trình khảo sát như sau:



■ Có được sử dụng dịch vụ CTXH

■ Không được sử dụng dịch vụ CTXH/Chưa biết đến

Biểu đồ 1. Đánh giá mức độ thủ hưởng hoạt động hỗ trợ của CTXH với người CTCSLT (Kết quả khảo sát tháng 4/2019)

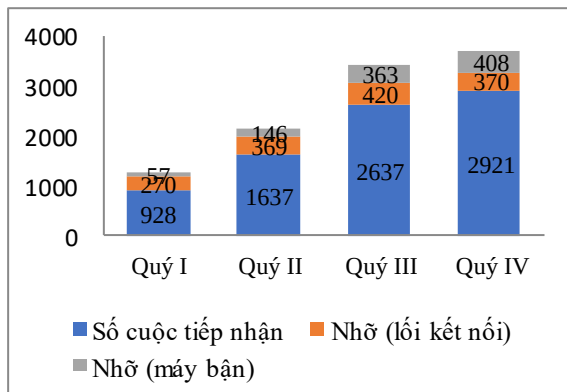
Kết quả khảo sát thể hiện ở biểu đồ 1 cho thấy, 82% bệnh nhân và người nhà cho rằng họ đã được Bệnh viện Việt Đức hỗ trợ ít nhất một trong các hoạt động CTXH, 18% bệnh nhân cho rằng mình chưa bao giờ được nhận hỗ trợ từ hoạt động CTXH của Bệnh viện cũng là một vấn đề đáng phải quan tâm. Tác giả đã tìm hiểu các hoạt động mà bệnh nhân được sử dụng cũng như đánh giá được mức độ mà bệnh nhân nhận được về dịch vụ đó, tác giả thu được kết quả thể hiện chi tiết ở bảng dưới đây:

Bảng 1 – Bảng đánh giá các hoạt động và mức độ mà bệnh nhân CTCSLT nhận được từ hoạt động CTXH của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. (Kết quả khảo sát tháng 4/2019).

Nhu Cầu	Mức độ hỗ trợ			
	Rất thường xuyên (%)	Thường xuyên (%)	Có nhưng ít khi (%)	Chưa bao giờ (%)
Tư vấn điều trị, chăm sóc sức khỏe	95,0	3,0	2,0	0
Hỗ trợ thông tin, chỉ dẫn người bệnh	90,0	2,0	8,0	0
Hoạt động tư vấn qua hệ thống tổng đài chăm sóc khách hàng	20,0	50,0	18,0	12,0

Tham vấn tâm lý - xã hội	0	2,0	10,0	88,0
Tư vấn các vấn đề về giới tính, tình dục và đời sống hôn nhân sau CTTS	0	0	9,0	91,0
Hỗ trợ kinh phí khám chữa bệnh	0	5,0	18,0	78,0
Đào tạo nghề và việc làm	0	0	0	100

Nhìn vào bảng trên có thể nhận ra được, Hoạt động đang được sử dụng nhiều nhất ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chính là Tư vấn điều trị, chăm sóc sức khỏe với mức độ rất thường xuyên lên tới 95/100% (tương đương 95/100 người). Ngoài ra các hoạt động khác như Tham vấn tâm lý - xã hội, Tư vấn các vấn đề về giới tính, tình dục và đời sống hôn nhân sau CTTS, Hỗ trợ kinh phí khám chữa bệnh đều có được hỗ trợ nhưng rất hiếm khi, với tỉ lệ đều dưới 20/100% (tương đương 20/100 người). Đặc biệt hoạt động hỗ trợ kết nối về đào tạo việc làm cho người bệnh là chưa từng có.

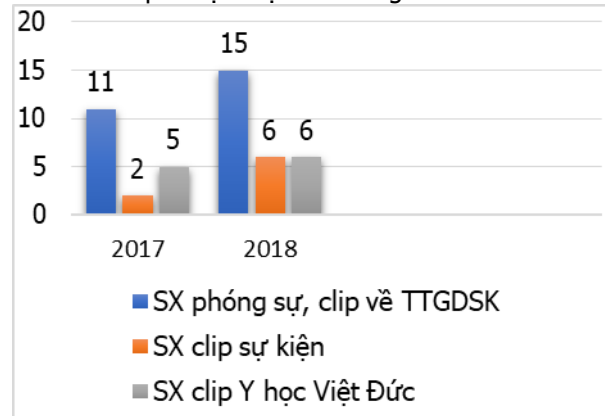


Biểu đồ 2: Số cuộc gọi qua tổng đài chăm sóc khách hàng năm 2018. (Báo cáo hoạt động CTXH năm 2018- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức)

Thông qua cuộc khảo sát có thể thấy rằng mới có 70% người bệnh cho rằng mình được quan tâm hỏi han qua tổng đài, còn 18% cho rằng mình rất ít khi được quan tâm. Đặc biệt vẫn có 12% cho rằng mình chưa được điện thoại hỏi thăm bao giờ. Qua nghiên cứu tìm hiểu năm được vấn đề. Các chiến dịch điện thoại được phân cụ thể về nội trú, ngoại trú và các chiến dịch khảo sát chung theo chủ đề. Những người bệnh đang nằm nội trú chưa nhận được điện thoại chăm sóc một phần do mới nhập viện hoặc mới điều trị thời gian ngắn ở Bệnh viện. Trong khi đó Bệnh viện đang triển khai điện thoại với chiến dịch ngoại trú. Bởi vậy phát sinh tỉ lệ người bệnh chưa từng được nhận sự quan tâm từ hoạt động này của CTXH Bệnh viện.

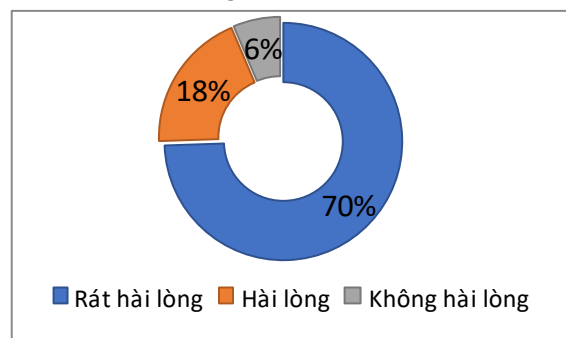
Năm 2018, số lượng các sản phẩm truyền thông đều tăng so với năm 2017 gồm có: sản xuất phóng sự, clip về Truyền thông Giáo dục

sức khỏe tăng 54.45%; sản xuất clip sự kiện, chương trình trực tuyến livestream tăng 200%; sản xuất clip Y học Việt Đức tăng 20%



Biểu đồ 3: Số lượng các chương trình truyền thông. (Báo cáo hoạt động CTXH năm 2018- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức)

Để đánh giá chung nhất hiệu quả các hoạt động CTXH mà Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hỗ trợ đối với bệnh nhân CTCST và người nhà, tác giả thu được kết quả khảo sát 82 mẫu đã được sử dụng hoạt động hỗ trợ của CTXH để đánh giá mức độ hài lòng về chất lượng dịch vụ của hoạt động CTXH tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức như sau:

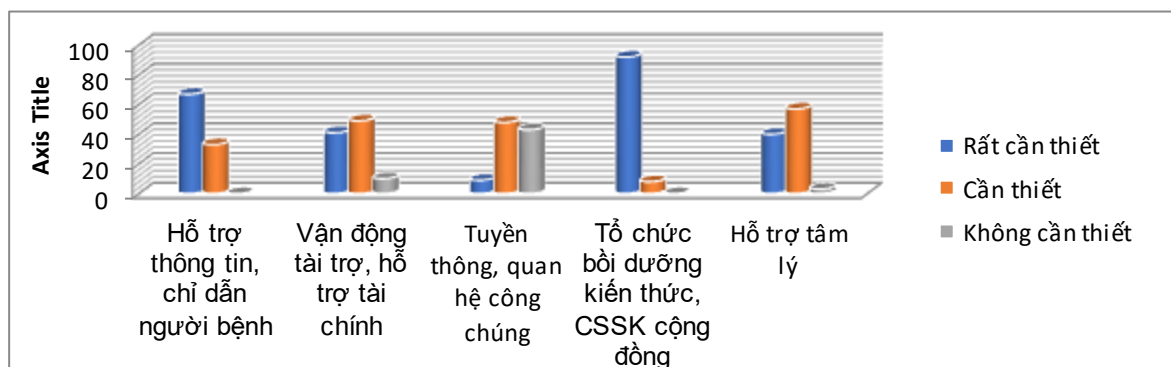


Biểu đồ 5. Đánh giá mức độ hài lòng về chất lượng dịch vụ CTXH tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức (Kết quả khảo sát tháng 4/2019)

Kết quả điều tra thể hiện ở biểu đồ 6 cho thấy, 70% (tương đương 65/82 người) CTCST rất hài lòng với chất lượng của các hoạt động CTXH trong hỗ trợ người CTCST, 18% hài lòng và 6% còn chưa hài lòng với chất lượng của hoạt động CTXH.

Chúng tôi cũng đã thu thập được những nhu cầu khác mà người bệnh đề xuất mong muốn từ hoạt động CTXH. Dựa vào những nhu cầu đó

tiến hành khảo sát chi tiết thêm về nhu cầu sử dụng với từng các hoạt động đã được đề xuất. Được cụ thể bằng số liệu dưới đây:



Biểu đồ 4. Đánh giá nhu cầu của người bệnh CTCSLT trong việc sử dụng dịch vụ CTXH tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức (Kết quả khảo sát tháng 4/2019)

Với mức độ đánh giá cần thiết cao nhất là hoạt động tổ chức bồi dưỡng, tập huấn kiến thức thông qua các chương trình giáo dục chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ tư vấn nâng cao kiến thức cho người bệnh CTCSLT (92% cho rằng rất cần thiết, 8% cho rằng cần thiết, 0% cho rằng không cần thiết), tiếp đến là hoạt động hỗ trợ thông tin, chỉ dẫn người bệnh, thứ 3 là hỗ trợ tâm lý

IV. BÀN LUẬN

Do số lượng bệnh nhân mới tới thăm khám, xét nghiệm và điều trị lần đầu cũng tăng lên nên khi khảo sát, trong quá trình điều tra có thể đã điều tra với trường hợp người CTCSLT mới vào viện nên họ chưa biết đến phòng CTXH cũng như chưa nhận được các hoạt động trợ giúp từ Phòng CTXH của Bệnh viện. Phần khác, sau khi tiến hành phỏng vấn sâu thì thu nhận được nhiều ý kiến cho rằng nhiều người bệnh nhầm lẫn giữa nhân viên CTXH và nhân viên y tế. Không phân biệt được vẫn nghĩ nhận được sự hướng dẫn từ nhân viên y tế Bệnh viện: "Tôi không biết chị ý là nhân viên CTXH. Chị ý có hướng dẫn tôi các thủ tục khám nhưng tôi vẫn nghĩ đó là nhân viên y tế của Bệnh viện thôi, đến khi hỏi chuyện tôi mới biết đây là nhân viên CTXH. Tôi vẫn chưa hiểu lắm về CTXH". (PVS, nữ, 26 tuổi, người nhà bệnh nhân N.V.T). Như vậy, để sự nhầm lẫn như vậy có thể một phần do nhận diện thương hiệu của Phòng CTXH của Bệnh viện còn chưa thực sự rõ ràng, các hoạt động hỗ trợ vào quá trình khám chữa bệnh của Nhân viên CTXH còn gây sự nhầm lẫn với người bệnh, khiến người bệnh lầm tưởng đó là nhận sự hỗ trợ từ nhân viên y tế.

Kết quả cho thấy rằng nhiều hoạt động nổi

bật của phòng CTXH được thể hiện rõ nét. Lý giải cho việc này là do nhận sự đã được bổ sung 05 nhân lực cho vị trí Hỗ trợ người bệnh nâng tổng số nhân viên Hỗ trợ lên 15 thành viên với 08 quầy hỗ trợ tại các vị trí có lưu lượng người bệnh lớn và nhu cầu tìm kiếm thông tin cao (tăng thêm 02 quầy tại khu vực phòng khám Yêu cầu và khu viện phí số 3).

Nhằm tăng cường sự kết nối thông tin và khả năng tương tác với người bệnh, từ tháng 01/2018 phòng Công tác xã hội được trang bị hệ thống Tổng đài chăm sóc khách hàng với đội ngũ nhân lực tham gia trực tất cả các ngày trong tuần kịp thời tư vấn thủ tục hành chính, giải đáp thắc mắc cho người bệnh. Với sự tương tác thường xuyên, kịp thời và hiệu quả, bộ phận tổng đài CSKH đã từng bước nhận được sự phản hồi tích cực từ người dân, số cuộc gọi tăng đều hàng tháng đồng thời số lượt đăng ký khám bệnh cũng tăng trung bình trên **30%**.

Hoạt động truyền thông, quan hệ công chúng của Bệnh viện tập trung vào các công nghệ và kỹ thuật triển khai với nhiều hình thức đa dạng, phong phú. Tuy nhiên với đối tượng người CTCSLT nên cần được đặc biệt quan tâm để thu hút nguồn lực hỗ trợ rất nhiều những trường hợp đặc biệt khó khăn. Nhất là trong hoạt động hỗ trợ điều trị với mức kinh phí điều trị rất cao, người CTCSLT gặp rất nhiều khó khăn cần được cộng đồng hỗ trợ. Hoạt động truyền thông đóng vai trò vô cùng quan trọng, giúp vận động, kết nối các cơ quan tổ chức, nhà hảo tâm, mạnh thường quân trợ giúp người CTCSLT. Vấn đề truyền thông kết nối hỗ trợ về việc làm cũng rất thiết thực với 90% người bệnh đề xuất cần được hỗ trợ về nguồn lực và tài chính.

Hoạt động hỗ trợ thông tin, chỉ dẫn người bệnh với tỷ lệ 100% người cho rằng cần thiết và mong muốn được hỗ trợ cao (với tỷ lệ 67% rất cần thiết; 33% cần thiết), với hiệu quả thực tiễn đem lại trực tiếp cho người bệnh CTCSLT trong quá trình thăm khám và điều trị.

Hỗ trợ tâm lý là nhu cầu được đánh giá là cần thiết ở cấp độ thứ 3 với tỷ lệ đánh giá chung rất cần thiết và cần thiết là 97% (tương đương 97/100 người). Tâm lý là một khía cạnh cần chú ý đối với mỗi con người. Đối với người bệnh và người nhà họ, hỗ trợ tham vấn tâm lý là cách thức để họ giải tỏa những nỗi buồn, những sự ức chế trong quá trình chăm sóc và điều trị bệnh, những sự lo lắng cũng như để giải đáp những thắc mắc của họ về kiến thức bệnh. Với tỷ lệ đánh giá đây là nhu cầu rất cần thiết 57%, cần thiết là 40%, đây chính là một nhu cầu của bệnh nhân và người nhà cần được chú ý tới.

Các nhu cầu khác đều được đánh giá là rất cần thiết khi hỗ trợ người CTCSLT với tỷ lệ lần lượt theo các nhu cầu chỉ dẫn & hỗ trợ người bệnh (67%), hỗ trợ tâm lý (57%), vận động tài trợ, hỗ trợ vay vốn (41%). Nhu cầu hỗ trợ vay vốn được đánh giá là nhu cầu cần thiết của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Bởi, bệnh nhân CTCSLT và người nhà phần lớn làm nông nghiệp với tỷ lệ 52/100% (số liệu điều tra bảng hỏi), bệnh nhân CTCSLT, sau khi điều trị theo đúng phác đồ có thể phục hồi, trở về cuộc sống thường ngày, lao động sản xuất ra vật chất cho bản thân, gia đình và xã hội. Tuy nhiên, khi

bị liệt tủy hoàn toàn, ngoài vấn đề mất sức lao động sau chấn thương, phụ thuộc vào người chăm sóc, bệnh nhân còn phải được điều trị các biến chứng như loét tỳ đè, nhiễm trùng tiết niệu, viêm tắc tĩnh mạch chi... Đây không chỉ nâng giá thành điều trị lên rất nhiều lần mà còn là một sang chấn tinh thần nặng nề cho bệnh nhân và gia đình, nhiều trường hợp không thể tiếp tục điều trị do bản thân bệnh nhân từ chối vì không đủ điều kiện kinh tế để chữa trị bệnh, cũng từ đó mà sự tự ti, mặc cảm và tâm lý bất ổn định càng tăng cao.

V. KẾT LUẬN

Thông qua phương pháp điều tra định lượng, ta có thể thấy Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã có những hoạt động CTXH nói chung nhằm hỗ trợ cho bệnh nhân CTCSLT và người nhà bệnh nhân một cách tốt nhất trong thời gian điều trị tại Bệnh viện, tuy nhiên muốn phát triển toàn diện hoạt động CTXH thì Bệnh viện cần hoàn thiện rất nhiều, trước hết là dựa vào nhu cầu cần thiết mà người bệnh mong muốn để đưa hình ảnh và chất lượng của hoạt động CTXH phát triển, có tính lan tỏa cao, hướng đến kết quả điều trị tốt nhất cho người bệnh đang điều trị tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hòa, (2014), "Nghiên cứu ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân trong điều trị chấn thương cột sống ngực – thắt lưng liệt tủy hoàn toàn". Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ PHÁT HIỆN KHÁNG NGUYÊN/KHÁNG THỂ VI RÚT DENGUE TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN SỐT XUẤT HUYẾT

Võ Thị Kim Anh¹, Hồ Văn Cộ²,
Võ Thị Hồng Gấm², Nguyễn Thị Tuyết Khôi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phát hiện kháng nguyên/kháng thể vi rút Dengue giúp hỗ trợ chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue. Tuy nhiên kiến thức về sự đóng góp này trong chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết (SXH) còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phát hiện

kháng nguyên/kháng thể vi rút Dengue trên bệnh nhân nhiễm vi rút Dengue. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 1.853 bệnh nhân được chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue có chỉ định xét nghiệm phát hiện kháng nguyên/kháng thể tại TTYT thị xã Tân Uyên từ ngày 01/07/2018 đến ngày 30/9/2018. **Kết quả:** tỷ lệ phát hiện kháng nguyên/kháng thể virus Dengue tại Trung tâm Y tế thị xã Tân Uyên là 199/1853 ~ 10.74%. **Kết luận:** tỷ lệ phát hiện kháng nguyên/kháng thể virus Dengue tại TTYT thị xã Tân Uyên là tương đối cao. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ này bao gồm: độ nhạy bộ thử nghiệm, nồng độ kháng nguyên/kháng thể bệnh nhân, thời điểm thử nghiệm...

Từ khóa: Sốt xuất huyết, kháng nguyên, kháng thể.

¹Đại Học Thăng Long

²Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.1.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

SUMMARY**DENGUE VIRUS ANTIGEN AND ANTIBODY DETECTION RATE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH DENGUE FEVER**

Background: Detecting Dengue antigen/ antibody helps support the definitive diagnosis of dengue fever. However, knowledge about this contribution in the diagnosis and treatment of dengue fever is limited. **Objectives:** Determining the rate of detection of dengue virus antigen/antibody in patients infected with dengue virus. **Methods:** cross-sectional description, in 1.853 patients diagnosed with Dengue Dengue fever were appointed to detect antigen/ antibody test at Tan Uyen Town Health Center from July 1, 2018 to 30/9/2018. **Results:** Dengue virus antigen/antibody detection rate at Tan Uyen Town Medical Center was 199/1853 ~ 10.74%. **Conclusion:** Dengue virus antigen/antibody detection rate at Tan Uyen town health center is relatively high. Factors affecting this ratio include: sensitivity of the test kit, antigen/antibody concentration, time of testing, etc.

Key words: Dengue fever, antigen, antibody.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của WHO, hàng năm có khoảng 50 đến 100 triệu người nhiễm virus Dengue, trong đó có hơn 500.000 người phải nhập viện. Ở các quốc gia thuộc khu vực Đông Nam Á, sốt xuất huyết Dengue là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em từ 1 đến 14 tuổi [4]. Tại Việt Nam theo thống kê của Bộ Y tế, 9 tháng đầu năm 2018 đã có hơn 60.000 trường hợp mắc Sốt xuất huyết Dengue, trong đó có 11 trường hợp tử vong.

Dựa vào tình hình dịch Sốt xuất huyết đang bùng phát tại địa bàn thị xã Tân Uyên từ tháng

Kỹ thuật tiến hành:

Các bước tiến hành	Kỹ thuật xét nghiệm phát hiện NS1Ag
Bước 1	Đề số lượng sinh phẩm cần dùng ở nhiệt độ phòng trong 30 phút trước khi tiến hành xét nghiệm
Bước 2	Bóc vỏ nhôm lấy thanh thử đặt lên bề mặt phẳng
Bước 3	Dùng pipette nhựa kèm theo bộ thử nghiệm nhỏ 3 giọt (hoặc 100µl) mẫu bệnh phẩm vào giếng nhận mẫu hình tròn (S).
Bước 4	Đọc kết quả sau 15 – 20 phút

Đọc và nhận định kết quả: Một vạch xuất hiện ở "vùng C" trong khung cho biết đã tiến hành đúng. Vạch này là vạch kiểm soát.

Âm tính: Chỉ xuất hiện một vạch màu tím trong khung "vạch C".

Dương tính: Xuất hiện hai vạch màu "vạch T" và "vạch C" trong khung.

Kết quả không hợp lệ: Khi không xuất hiện "vạch C" trong khung và phải tiến hành thử nghiệm lại.

7/2018 đến tháng 9/2018. Căn cứ vào thực tế xét nghiệm phát hiện kháng nguyên/kháng thể virus Dengue giúp hỗ trợ chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue tại TTYT thị xã Tân Uyên.

Nhằm góp phần hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và phòng chống Sốt xuất huyết Dengue, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu xác định tỷ lệ phát hiện kháng nguyên/kháng thể vi rút Dengue trên bệnh nhân nhiễm vi rút Dengue.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có chỉ định xét nghiệm phát hiện kháng nguyên/kháng thể tại TTYT thị xã Tân Uyên từ ngày 01/7/2018 đến 30/9/2018.

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

Cỡ mẫu nghiên cứu. Bao gồm 1.853 bệnh nhân được chẩn đoán Sốt xuất huyết có chỉ định xét nghiệm phát hiện kháng nguyên/kháng thể từ ngày 01/07/2018 đến ngày 30/09/2018.

Theo độ tuổi: độ tuổi từ 0 – 14 tuổi là 926 bệnh nhân, từ 15 – 60 tuổi là 859 bệnh nhân, độ tuổi trên 60 là tuổi 68 bệnh nhân.

Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- **Kháng nguyên Dengue NS1.** Kháng nguyên Dengue NS1 (NS1Ag) là một glycoprotein phi cấu trúc, xuất hiện trong huyết thanh bệnh nhân nhiễm virus Dengue giai đoạn sớm, có thể phát hiện trong máu từ ngày đầu tiên cho đến ngày thứ 9 sau khi xuất hiện sốt [5].

Thử nghiệm phát hiện kháng nguyên Dengue NS1 được thực hiện với bộ thử nghiệm Asan Easy Test Dengue NS1Ag 100 với mẫu bệnh phẩm là huyết thanh, huyết tương hay máu toàn phần.

- **Kháng thể Dengue IgM và IgG.** Xét nghiệm nhanh để chẩn đoán nhiễm virus Dengue tiên phát và thứ phát nên được sử dụng để quản lý bệnh nhân. Thường được thực hiện khi bệnh nhân sốt sau ngày thứ 5.

Thử nghiệm phát hiện kháng thể virus Dengue được thực hiện với bộ thử nghiệm Dengue IgG/IgM Antibody Test với mẫu bệnh phẩm là huyết thanh, huyết tương hay máu toàn phần.

Kỹ thuật tiến hành:

Các bước tiến hành	Kỹ thuật xét nghiệm phát hiện kháng thể virus Dengue
Bước 1	Đề số lượng sinh phẩm cần dùng ở nhiệt độ phòng trong 30 phút trước khi tiến hành xét nghiệm.
Bước 2	Bóc vỏ nhôm lấy thanh thử đặt lên bề mặt phẳng
Bước 3	Nhỏ 5µl mẫu bệnh phẩm vào giếng nhận mẫu hình vuông (S). Chờ cho bệnh phẩm thẩm hút hết vào phần thẩm ở giếng (S).
Bước 4	Giữ cho lo dung môi xét nghiệm thẳng đứng và cao hơn giếng dung môi hình tròn khoảng 1cm, nhỏ 4 giọt (khoảng 90 - 120µl) vào giếng dung môi hình tròn ở phần đầu thanh thử.
Bước 5	Đọc kết quả sau 15 - 20 phút

Đọc và nhận định kết quả:

Âm tính: Chỉ xuất hiện một vạch màu tím trong khung "vạch C".

IgM DƯƠNG TÍNH: Xuất hiện hai vạch màu "vạch C" và "vạch M" trong khung. Thử nghiệm dương tính với kháng thể IgM và gợi ý tới nhiễm trùng Dengue tiên phát.

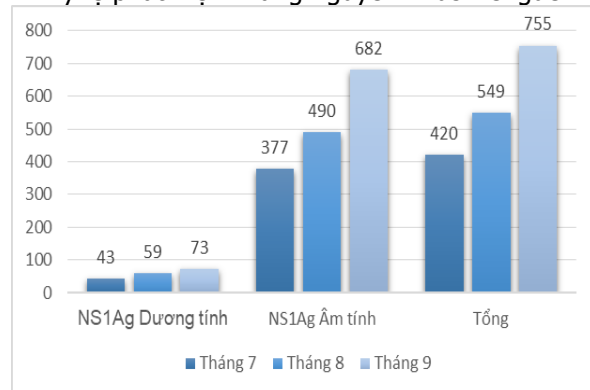
IgG DƯƠNG TÍNH: Xuất hiện hai vạch màu "vạch C" và "vạch G" trong khung. Thử nghiệm dương tính với kháng thể IgG và gợi ý tới nhiễm trùng Dengue thứ phát.

IgM và igg DƯƠNG TÍNH: Xuất hiện ba vạch màu "vạch C", "vạch M" và "vạch G" trong khung cho dù vạch nào xuất hiện trước. Thử nghiệm dương tính với kháng thể IgM và IgG, gợi ý tới nhiễm trùng Dengue tiên phát muộn hoặc thứ phát sớm.

Kết quả không hợp lệ: Khi không xuất hiện "vạch C" trong khung và phải tiến hành thử nghiệm lại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên virus Dengue



Biểu đồ 1. Số trường hợp phát hiện kháng nguyên Dengue NS1 theo tháng

Tổng số trường hợp xét nghiệm phát hiện có kháng nguyên virus Dengue tăng từ 43 bệnh nhân (tháng 7/2018) lên 59 bệnh nhân (tháng 8/2018) và đến tháng 9/2018 là 73 bệnh nhân. Như vậy trung bình mỗi tháng tăng lên 10 bệnh

nhân được xét nghiệm phát hiện có kháng nguyên Dengue NS1.

Bảng 1. Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên Dengue NS1 theo tháng:

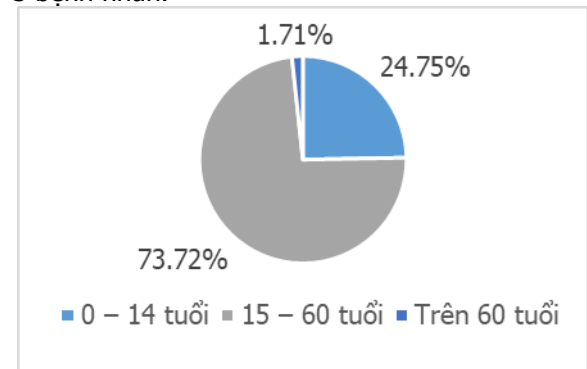
	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tổng
NS1Ag Dương tính	43	59	73	175
NS1Ag Âm tính	377	490	682	1.549
Tổng	420	549	755	1.724

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên virus Dengue từ ngày 01/07/2018 đến 30/09/2018 là 175/1724 ~ 10.15%.

Bảng 2. Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên NS1 theo độ tuổi

Độ tuổi	Tổng số NS1Ag Dương tính	Tỷ lệ dương tính
0 - 14 tuổi	43	24,57%
15 - 60 tuổi	129	73,72%
Trên 60 tuổi	03	1,71%
Tổng	175	100%

Tổng số phát hiện NS1Ag cao nhất ở độ tuổi từ 15 - 60 tuổi với 129 bệnh nhân, độ tuổi từ 0 - 14 tuổi là 43 bệnh nhân và độ tuổi > 60 tuổi là 3 bệnh nhân.



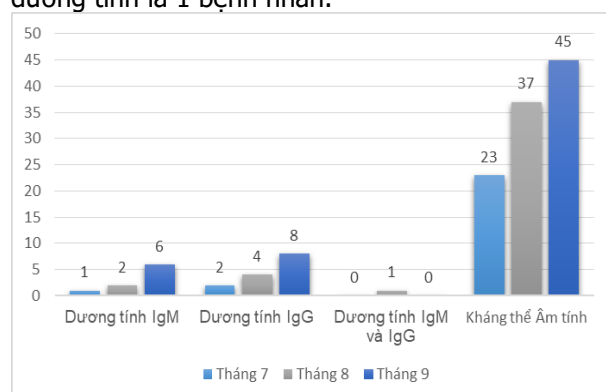
Biểu đồ 3. Tỷ lệ NS1Ag Dương tính theo độ tuổi

Tỷ lệ xét nghiệm phát hiện kháng nguyên NS1 cao nhất ở độ tuổi từ 15 - 60 tuổi chiếm 73.72%, tỷ lệ từ 0 - 14 tuổi là 24.57% và độ tuổi trên 60 tuổi là 1.71%.

Tỷ lệ phát hiện kháng thể virus Dengue
Bảng 4. Tỷ lệ phát hiện kháng thể virus Dengue theo tháng:

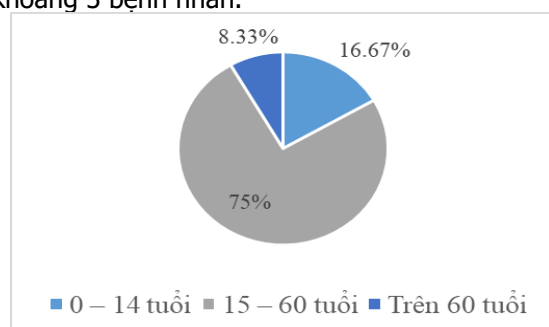
	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tổng
Dương tính IgM	01	02	06	09
Dương tính IgG	02	04	08	14
Dương tính IgM và IgG	00	01	00	01
Kháng thể Âm tính	23	37	45	105
Tổng	26	44	59	129

Từ tháng 07/2018 đến tháng 09/2018 số bệnh nhân có IgM dương tính là 9 bệnh nhân, IgG dương tính là 14 bệnh nhân, IgM và IgG dương tính là 1 bệnh nhân.



Biểu đồ 4. Số trường hợp phát hiện kháng thể virus Dengue theo tháng

Tổng số trường hợp xét nghiệm phát hiện có kháng thể virus Dengue tăng từ 3 bệnh nhân (tháng 7/2018) lên 6 bệnh nhân (tháng 8/2018) và đến tháng 9/2018 là 14 bệnh nhân. Như vậy trung bình mỗi tháng số người có xét nghiệm kháng thể virus Dengue dương tính tăng lên khoảng 3 bệnh nhân.



Biểu đồ 6. Tổng số xét nghiệm phát hiện kháng thể virus Dengue theo độ tuổi

Tỷ lệ xét nghiệm phát hiện kháng thể virus Dengue cao nhất ở độ tuổi từ 15 – 60 tuổi chiếm 75%. Tỷ lệ này ở độ tuổi từ 0 – 14 tuổi là 16.67% và độ tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 8.33%.

Bảng 6. Tỷ lệ phát hiện kháng thể virus Dengue theo độ tuổi

Độ tuổi	Tổng số xét nghiệm kháng thể Dương tính	Tỷ lệ dương tính
0 – 14 tuổi	04	16,67%
15 – 60 tuổi	18	75%
Trên 60 tuổi	02	8,33%
Tổng	24	100%

Số trường hợp phát hiện kháng thể virus Dengue ở nhóm tuổi từ 0 – 15 tuổi là 4, ở nhóm tuổi từ 16 – 60 tuổi là 18 và ở nhóm > 60 tuổi là 2.

Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phát hiện kháng nguyên/kháng thể virus Dengue

Thời điểm xét nghiệm: việc xác định đúng thời gian nhiễm virus Dengue góp phần làm cho kết quả xét nghiệm chính xác hơn, một bệnh nhân đã qua thời điểm phát hiện kháng nguyên NS1 sẽ cho ra kết quả xét nghiệm ÂM TÍNH với NS1Ag. Tương tự nếu việc tìm kháng thể virus Dengue được thực hiện sớm hơn khi kháng thể được tạo ra thì sẽ cho kết quả xét nghiệm ÂM TÍNH với IgM và IgG.

Nồng độ kháng nguyên/kháng thể: mỗi bộ thử nghiệm đều có ngưỡng phát hiện kháng nguyên/kháng thể, nếu nồng độ kháng nguyên/kháng thể người bệnh thấp hơn ngưỡng phát hiện của bộ thử nghiệm, thì cũng cho ra kết quả xét nghiệm ÂM TÍNH.

Mẫu bệnh phẩm có thể có kháng thể có ái tính cao hoặc có yếu tố dạng thấp (RF) có thể làm ảnh hưởng kết quả xét nghiệm.

Độ nhạy của bộ thử nghiệm: Nếu độ nhạy của độ thử nghiệm càng thấp thì sai số trong quá trình xét nghiệm sẽ càng lớn.

Kỹ thuật thao tác: các thiếu sót và sai khác quy trình xét nghiệm sẽ dẫn đến kết quả xét nghiệm không chính xác. Cụ thể như: nhỏ bệnh phẩm sai thể tích quy định, đọc kết quả quá sớm hoặc quá trễ thời gian quy định, không thêm dung môi xét nghiệm...

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên/kháng thể virus Dengue từ ngày 01/07/2018 đến 30/09/2018 là 199/1853 ~ 10.74%. Điều này có nghĩa là trung bình cứ 10 bệnh nhân được chẩn đoán sốt xuất huyết thì có khoảng 1 bệnh nhân xét nghiệm dương tính với kháng nguyên/kháng thể của virus Dengue.

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên NS1 ở độ tuổi từ 0 – 14 tuổi chiếm 43/175 ~ 24.57%, kháng thể virus Dengue là 4/24 ~ 16.67%, Đây là nhóm trẻ em và đa số là học sinh vì vậy tỷ lệ

dương tính NS1 ở nhóm tuổi này gợi ý đến việc phòng chống dịch sốt xuất huyết trong các cơ sở giáo dục: trường học, nhà trẻ...

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên NS1 ở độ tuổi từ 15 – 60 tuổi chiếm 129/175 ~ 73.72%, và kháng thể virus Dengue là 18/24 ~ 75%. Đây là các tỷ lệ rất cao, tập trung vào nhóm tuổi lao động. Như vậy, cần chú trọng công tác phòng chống dịch bệnh và tuyên truyền về sốt xuất huyết tại các cơ sở lao động: công ty, xí nghiệp, nhà xưởng... hay các nhà trọ cho công nhân.

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên NS1 ở độ tuổi > 60 tuổi chiếm 03/175 ~ 1.71%, tỷ lệ phát hiện kháng thể virus Dengue là 2/24 ~ 8.33%, cho thấy công tác phòng dịch tại các hộ gia đình đã đạt một số hiệu quả nhất định.

Hiện tại phòng xét nghiệm Trung tâm Y tế thị xã Tân Uyên đang sử dụng bộ thử nghiệm Asan Easy Test Dengue NS1Ag 100 để phát hiện kháng nguyên NS1, bộ thử nghiệm này theo tài liệu nhà sản xuất cung cấp thì có độ nhạy là 97.16%. Như vậy, cứ 100 trường hợp nhiễm virus Dengue xét nghiệm tìm kháng nguyên thì sẽ có ~ 3 trường hợp cho ra kết quả ÂM TÍNH. Nếu thống kê với số mẫu thu thập là 1724 trường hợp xét nghiệm tìm NS1Ag, thì theo lý thuyết sẽ có ~ 52 trường hợp nhiễm virus Dengue cho ra kết quả ÂM TÍNH. Điều này có thể giải thích một phần cho các trường hợp bệnh

nhân ở Khoa Nội – Nhiễm TTYT thị xã Tân Uyên có dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế nhưng xét nghiệm phát hiện kháng nguyên NS1 ÂM TÍNH. Tương tự với bộ thử nghiệm phát hiện kháng thể virus Dengue đang sử dụng là Dengue IgG/IgM Antibody Test có độ nhạy 98.6%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phát hiện kháng nguyên/kháng thể virus Dengue tại TTYT thị xã Tân Uyên là tương đối cao. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ này bao gồm: độ nhạy bộ thử nghiệm, nồng độ kháng nguyên/kháng thể bệnh nhân, thời điểm thử nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Báo cáo thông kê** kết quả xét nghiệm được lưu trên phần mềm báo cáo xét nghiệm khoa Xét Nghiệm.
2. **Bộ môn Vi sinh** – Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Tài liệu vi sinh lâm sàng. Năm 2014.
3. **Quyết định số 458/2011/QĐ-BYT ngày 16/2/2011** của Bộ y tế về việc Ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue.
4. **WHO**, Dengue haemorrhagic fever diagnosis treatment and control, Geneva. Năm 2004.
5. **Kassim FM, Izati MN, TgRogayah TAR, Apandi YM, Saat Z.** Use of dengue NS1 antigen for early diagnosis of dengue virus infection. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2011; 42(3): 562-569.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN 1/3 DƯỚI VÀ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH NỘI TỦY CÓ CHỐT ĐẦU XA ĐA CHIỀU KHÔNG MỞ Ổ GỠY

Nguyễn Trọng Sỹ*, Văn Huy Hoạt*, Võ Thành Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1.Đánh giá kết quả điều trị gậy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày bằng đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều không mở ổ gậy. 2. Khảo sát các biến chứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 25 BN gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày được điều trị bằng đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều không mở ổ gậy tại khoa chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Thống Nhất từ 06/2017- 06/2019. **Kết quả:** 25 BN tuổi từ 18-77, trong đó có 64% nam giới và 36% nữ giới, 92% BN gặp ở nhóm tuổi 26- 60. Tại

nạn giao thông là nguyên nhân chính gây hai xương cẳng chân 80 %. Theo phân loại của AO: 16 trường hợp loại A, 6 loại B, 3 loại C. Kết quả gần: 100% BN liền vết mổ kỳ đầu, 92% BN xương thẳng trục. Kết quả xa: 100% BN liền xương tốt. Tất cả các trường hợp đều cho kết quả điều trị rất tốt và tốt. **Kết luận:** Kết quả cho thấy đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều có thể sử dụng cho điều trị gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày với kết quả rất tốt.

Từ khóa: Gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày, đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều.

SUMMARY

TO EVALUATE THE REDUCTION OF THE RESULTS OF DISTAL THIRD AND DISTAL TIBIA FRACTURE TO SEMI-EXTENDED INTRAMEDULLARY NAIL WITHOUT AN OPEN FRACTURE LINE

Objective: To evaluate the reduction of the

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thanh Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

results of distal third and distal tibia fractures to semi-extended intramedullary nail without an open fracture line. Survey of complications. **Subjects and research methods:** A research study was conducted in 25 patients who had a reduction of distal third and distal tibia fractures to semi-extended intramedullary nail without an open fracture line at Thong Nhat Hospital from June 2017 to June 2019. **Results:** 25 patients aged 18-77, including 64% of men and 36% of women, 92% of patients encountered in the age group of 26-60 years old. Traffic accidents are the main cause of an 80% fracture of the lower leg. According to AO classification: 16 cases of type A, 6 types of B, 3 types of C. Close results: 100% of patients had an incision on the first surgery, 92% of patients with axial bone. Outlying results: 100% of patients have good bone healing. All cases have very good and good treatment results. **Conclusion:** The results showed that the semi-extended intramedullary nail can be used for the treatment of distal third and distal tibia fractures with very good results.

Key words: distal third and distal tibia fractures, semi-extended intramedullary nail

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày là một trong những thách thức đối với phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình. Vùng 1/3 dưới và đầu dưới xương chày có ít mô mềm che phủ, xương cứng nằm sát dưới da nên lực chấn thương vừa phải cũng có thể làm tổn thương mô mềm nặng cũng như làm xương gãy phức tạp.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị gãy xương vùng này tuy nhiên thực tế chưa không có phương pháp điều trị nào được đánh giá là tối ưu. Rất nhiều nghiên cứu cho thấy rằng đóng đinh kín do không mở ổ gãy, can thiệp tối thiểu lên mô mềm và bảo tồn được khối máu tụ quanh ổ gãy là yếu tố cần thiết cho quá trình liền xương. Tuy nhiên do khi xuống đến đây lòng tủy mở rộng ra không còn vừa vặn với đinh nữa hậu quả là khó khăn trong nắn chỉnh ổ gãy cũng như khả năng cố định đoạn gãy xa kém dẫn đến di lệch. Hiện nay nhờ sự tiến bộ kỹ thuật cũng như sự ra đời của các thiết kế đinh mới với vị trí các chốt đầu xa nằm thấp sát đầu dưới đinh đồng thời chốt được theo nhiều mặt phẳng, được cho là giúp cố định đoạn gãy xa tốt hơn, hạn chế được các di lệch.

Ở nước ta, phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt để điều trị gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày hiện nay đã được thực hiện rộng rãi tại các bệnh viện. Chính vì vậy để góp phần làm sáng tỏ tính ưu việt của phương pháp điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày bằng đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều không mở ổ gãy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 25 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán gãy kín 1/3 dưới và đầu dưới xương chày đơn thuần hoặc kèm theo gãy xương mác, được điều trị bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều không mở ổ gãy tại khoa ngoại chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Thống Nhất từ 06/2017 đến 06/2019.

2.3. Kỹ thuật mổ:

- * Chuẩn bị bộ dụng cụ đóng đinh nội tủy, đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều.[5]
- * Phương pháp vô cảm: tê tủy sống.
- * Kỹ thuật đóng đinh nội tủy kín:
Tư thế BN: nằm ngửa, ga-rô đùi, chân để tự do trong trường mổ.

Rạch da 5– 6 cm dọc chính giữa trục của gân bánh chè, bóc đôi gân bánh chè và bóc lộ mặt trên của lõi củ trước xương chày.

Đánh dấu điểm vào ống tủy xương chày: Điểm này nằm ở phía trên lõi củ trước xương chày, sau gân bánh chè khoảng 1cm và ở phần mặt vát của đầu trên xương chày, giữa mâm chày và lõi củ trước xương chày.

Dùng một lỗ tại điểm vào, hướng mũi từ trên xuống dưới, hơi chếch ra sau.

Chỉnh di lệch ổ gãy dựa vào mốc giải phẫu. Sau khi đầu đinh đã chui vào đúng ống tủy đoạn ngoại vi, tiếp tục đóng đinh xuống cho tới khi đầu gần của đinh ngang mức với xương chày tại điểm đóng.

Tiến hành lắp bộ gá ngoài để bắt chốt ngang. Vít chốt xa được bắt theo hướng từ mặt trong xương chày ra mặt ngoài và mặt trước ra mặt sau. Nén ép ổ gãy và bắt vít chốt gần. Tháo bộ gá ngoài, kiểm tra lại độ vững của xương và biên độ vận động của khớp gối, cổ chân.

Dưỡng gối và đóng vết mổ.

*Hướng dẫn tập vận động ngay sau mổ.

*Khám lại định kỳ sau khi ra viện:

+Thời điểm 2 tuần, 1 tháng: kiểm tra vết mổ, hướng dẫn tập luyện, phục hồi chức năng.

+Thời điểm 3, 6 tháng đánh giá kết quả liền xương, phục hồi chức năng.

2.4. Đánh giá kết quả:

- Kết quả gần: dựa vào diễn biến tại vết mổ, đau sau mổ, kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo Ekeland[6].

- Đánh giá kết quả xa dựa vào tiêu chuẩn liền xương trên X quang qua điểm RUST [7][8] và tiêu chuẩn phục hồi chức năng của Olerud – Karstrom[9][10]. Từ đó xây dựng bảng đánh giá kết quả chung gồm 4 mức: rất tốt, tốt, trung

bình và kém.

2.5. Thu thập, xử lý và phân tích số liệu

- Thu thập dùng phương pháp quan sát (thăm khám, theo dõi), phỏng vấn.
- Xử lý và phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu:

- Tuổi và giới tính: Độ tuổi hay gặp từ 26- 60 chiếm 23/25BN (92%). Thấp nhất 17, cao nhất 71, trung bình 38,91. Trong đó nam chiếm 64%, nữ 36%. Đây là độ tuổi lao động chính, tham gia hoạt động xã hội nhiều, họ là những người hoạt động mạnh, năng động trong các lĩnh vực xã hội. Điều này cũng gợi ý nếu điều trị gãy hai xương cẳng chân không tốt sẽ để lại các di chứng cho những người có khả năng lao động, là một gánh nặng cho gia đình và xã hội.

- Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu 20/25 trường hợp (80%). So với nghiên cứu của Hoàng Thanh Hà[2] tỷ lệ này 71.74%, Nguyễn Văn Vệ[3] tai nạn giao thông chiếm 85%. Điều này cũng cho thấy tai nạn giao thông luôn là một vấn đề thời sự mặc dù được rất nhiều các cấp, ngành quan tâm nhưng tỷ lệ này vẫn chưa có sự thuyên giảm.

Bảng 3.1. Phân độ gãy xương theo AO – ASTF[11]

Vị trí gãy	Phân loại AO	Tần số	Tỉ lệ %
1/3 dưới thân xương chày	42A	9	36
	42B	6	24
	42C	3	12
Đầu dưới xương chày	43A	7	28
Tổng		25	100

Bảng 3.3. Điểm VAS đánh giá tình trạng đau ngày hậu phẫu thứ 1.

Điểm VAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tổng
Tần số	0	1	11	7	4	1	1	0	0	0	25
Tỉ lệ (%)	0	0	8	48	28	12	4	0	0	0	100

Điểm VAS trung bình đánh giá ở ngày hậu phẫu thứ 1 là 3.84. Mức độ đau là vừa phải.

- 100% BN vết mổ khô, sạch, không biểu hiện viêm khi xuất viện. So sánh với kết quả của các tác giả khác ta có tỉ lệ nhiễm trùng nông hoặc có biến chứng ở vết mổ sau đóng đinh giảm đáng kể so với sử dụng nẹp vít.

- Không có trường hợp nào có biến chứng toàn thân.

Bảng 3.4. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Ekeland

Đánh giá		Rất tốt	Tốt	Khá	Kém
Loại di lệch	Mức độ	≤ 2.5o	2.5o – 5o	5o – 10o	> 10o
	Tần số	23	2	0	0
Gập góc trước -sau	Mức độ	≤ 5o	5o – 10o	10o – 15o	>15o
	Tần số	25	0	0	0
Ngắn chi	Mức độ	≤ 1 cm	1 – 2 cm	2 – 3 cm	> 3 cm
	Tần số	25	0	0	0

Theo bảng trên gãy 1/3 dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 18/25 ca (72%), trong đó loại A chiếm 9/25 (36%), gãy tương đối phức tạp loại B, C chiếm 9/25 trường hợp (36%). Gãy đầu dưới có 7/25 ca (28%) đều là gãy đơn giản. Sở dĩ như vậy là vì đoạn 1/3 dưới xương chày và đầu dưới xương chày là đoạn thấp, rất dễ bị tổn thương với lực chấn thương mạnh, đồng thời xương ở vùng này bắt đầu chuyển tiếp từ xương vỏ của thân xương thành xương xốp hành xương nên theo giải phẫu lớp vỏ xương bên ngoài mỏng dần đi và chứa xương xốp ở bên trong, khi chịu lực chấn thương dễ bị gãy thành nhiều mảnh.

3.2. Phương pháp phẫu thuật:

- 25BN được phẫu thuật trước 3 ngày kể từ khi bị tai nạn chiếm 60%. Trung bình 3,36 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất 11 ngày do phần mềm loạn dưỡng nhiều phải gác chân, chườm lạnh, chống phù nề.

- 100% BN nắn chỉnh và đóng đinh kín, không mở ổ gãy.

Bảng 3.2. Độ dài và đường kính của đinh đã sử dụng

Chiều dài Đường kính	28	30	32	34	Tổng
8.4	1	5	9	0	15
9	0	5	3	1	9
10	0	0	0	1	1
Cộng	1	10	12	2	25

- Kết quả nghiên cứu 25 BN chúng tôi sử dụng đinh cỡ số 8.4 và 9, chiều dài 30 và 32 là thông dụng nhất 22 trường hợp. Điều này phù hợp với giải phẫu xương chày người Việt Nam dài trung bình 33,2 cm (thống kê 82 xương) không tính các gai xương [4].

3.3. Kết quả điều trị

*Kết quả gần

Không có trường hợp nào vẹo trong – ngoài – trước – sau $\geq 5^\circ$. Theo tiêu chuẩn của Ekland, có 23/25 ca (92%) đạt kết quả rất tốt, 2/25 ca (8%) đạt kết quả tốt. Khác với gãy xương ở đoạn eo, ổ gãy ở 1/3 dưới và đầu dưới xương chày có đường kính lòng tủy khá lớn so với đường kính đỉnh nên khi đóng thì rất dễ đưa đinh đi vào được lòng tủy đoạn xa, tuy nhiên bản thân đinh cho dù đã đi vào lòng tủy đoạn xa cũng không nắn chỉnh hay giữ trục ổ gãy được,

cần phối hợp với hệ thống các vít chốt đầu xa cũng như phải đảm bảo được các yêu cầu về kỹ thuật mổ thì mới đạt được kết quả nắn chỉnh và giữ vững ổ gãy. Do đó chúng tôi luôn cố gắng đảm bảo về mặt kỹ thuật như đã đề ra trong quy trình phẫu thuật và kiểm tra quá trình nắn chỉnh trên màn hình tăng sáng chặt chẽ nhằm tránh những sai sót và nhờ vậy chúng tôi đạt được kết quả X quang sau mổ tương đối tốt.

*Kết quả xa

Bảng 3.5. Diễn tiến kết quả lành xương trên X quang qua điểm RUST

	2 tuần	4 tuần	8 tuần	12 tuần	16 tuần	20 tuần	24 tuần	32 tuần
Điểm RUST trung bình	4	4	5.47 ± 0.68	8.32 ± 1.67	9.78 ± 1.42	10.96 ± 0.34	12	12
Số ca điểm RUST ≥ 8	0	0	0	22	25	25	25	25

Nhận xét: Ở tuần 12, có 22 trường hợp thỏa đủ cả 2 tiêu chuẩn là điểm RUST ≥ 8 trên X quang và trên lâm sàng không đau ổ gãy khi chịu lực hoàn toàn. Đến tuần thứ 16 thì có 25/25 trường hợp có điểm RUST ≥ 8 , trong đó có 24/25 trường hợp không còn đau ổ gãy khi chịu lực hoàn toàn. Đến tuần thứ 20 thì không còn trường hợp nào đau ở ổ gãy khi chịu lực hoàn toàn, đánh giá là lành xương hoàn toàn. So với các nghiên cứu khác như của Gawali[10] (tỉ lệ lành xương là 95%), Mahajan[12] (tỉ lệ lành xương là 95,6%), Hoàng Thanh Hà[2] (tỉ lệ lành xương là 100%), nhìn chung phương pháp đóng đinh nội tủy điều trị gãy 1/3 dưới và đầu dưới xương chày có kết quả lành xương khá tốt ($\geq 95\%$) kèm với tỉ lệ can lệch và nhiễm trùng thấp. Sở dĩ đạt kết quả tốt như vậy là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi là gãy kín, phẫu thuật không mở ổ gãy và đóng đinh dưới màn hình tăng sáng, bảo tồn được tối đa mô mềm và máu nuôi xương nên ổ gãy được tạo thuận lợi để lành xương tốt hơn.

- Phục hồi chức năng:

Bảng 3.6. Điểm Olerud – Karstrom ở tuần thứ 20

Điểm Olerud – Karstrom	Tần số	Tỉ lệ (%)	Đánh giá kết quả
36	8	32	Rất tốt
35 – 33	16	64	Tốt
32 – 30	1	4	Khá
29 – 27	0	0	Trung bình
26 – 24	0	0	Kém
Tổng	25	100	

Ở thời điểm này có 20/25 (80%) BN quay trở lại với công việc trước đây.

Ở thời điểm tuần thứ 20, 96% các trường hợp có điểm đánh giá phục hồi chức năng rất tốt và tốt. Kết quả này đạt được là nhờ sự kết hợp

xương đạt hiệu quả nắn chỉnh và duy trì được độ vững, BN có thể tập phục hồi chức năng sớm mà không bị các di lệch thứ phát cũng như ảnh hưởng đến quá trình lành xương.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 25BN gãy kín 1/3 dưới và đầu dưới xương chày bằng đinh nội tủy có chốt đầu xa đa chiều không mở ổ gãy dưới màn hình tăng sáng trong khoảng thời gian từ tháng 06/2017 đến tháng 06/2019 thì chúng tôi rút ra được các kết luận sau: kỹ thuật đóng kín ít xâm lấn, hạn chế được tình trạng đau sau mổ đồng thời hạn chế rất tốt vấn đề nhiễm trùng, phù hợp với sinh lý lành xương, bệnh nhân tập phục hồi chức năng sớm nên mang lại kết quả rất khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Kim Châu (1995)**, Điều trị gãy xương ở bệnh viện Việt Đức, Hội nghị khoa học Chấn thương chỉnh hình Việt - Úc lần thứ nhất.
2. **Hoàng Thanh Hà (2014)**, "Điều trị gãy đầu dưới xương chày với kỹ thuật ít xâm lấn bằng nẹp vít khóa". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
3. **Nguyễn Văn Vệ (2015)**, "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng chân không vững bằng đinh nội tủy có chốt động". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. **Trịnh Xuân Đàn, Đinh Thị Hương và Nguyễn Huỳnh (2010)**, "Giải phẫu chi dưới", Bài giảng giải phẫu học, Nhà xuất bản y học, tr. 99- 175.
5. **Medtronic (2016)**, Plenuz Tibial Intramedullary Nail System Launch Package. Medtronic Company.
6. **Ekland A., Thoresen B.O., Alho A. (1988)**, "Interlocking intramedullary nailing in the treatment of tibial fractures: a report of 45 cases". Clinical Orthopaedics and Related research(231), PP.205-215.
7. **Whelan D.B., Bhandari M., et al (2010)**, "Development of the radiographic union score for tibial fractures for the assessment of tibial fracture

- healing after intramedullary fixation". J Trauma, 68(3), pp 629 - 632.
8. **Leow J.M., et al (2016)**, "The radiographic union scale in tibial (RUST) fractures". BJR, 5, pp 116 - 121.
9. **Cekic E., et al (2014)**, "Reliability of the

- Radiographic Union Score for Tibial Fractures". Acta Orthop Traumatol Turc 48(5), pp 533-554.
10. **Gawali S.R., Kukale S.B., et al. (2016)**, "Management of Fractures of Distal third Tibia by Interlock Nailing". J Foot Ankle Surg, 3(1), pp 15-22.

THÓI QUEN ĂN MẶN CỦA NGƯỜI DÂN MỘT SỐ TỈNH CỦA VIỆT NAM NĂM 2019 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Hồng Diễm¹, Phạm Bích Diệp²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tự đánh giá mức độ ăn mặn và thói quen ăn mặn của người dân tại một số tỉnh ở Việt Nam năm 2019 và một số yếu tố liên quan đến hành vi ăn mặn. Phương pháp mô tả cắt ngang trên 1184 người dân đi mua hàng tại cửa hàng và siêu thị. Tỷ lệ tự đánh giá mức độ ăn mặn là 15,9% và ăn rất mặn là 1,1%. Tỷ lệ người dân có thói quen cho thêm mặn và chấm muối vào đồ ăn ở tất cả các bữa ăn và hầu hết các bữa ăn là cao nhất (39,7% và 30,2%). Tỷ lệ người dân thỉnh thoảng ăn đồ ăn chế biến sẵn có nhiều muối chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,7%, tiếp đến là hầu hết các bữa ăn 14,9% và hiếm khi là 13,9%. Tuổi càng cao thì mức độ ăn mặn càng giảm (OR=0,98; 95%CI: 0,96-0,99). Do vậy, cần phải truyền thông cho người dân trong cộng đồng về tác hại của ăn mặn với sức khỏe và hạn chế các hành vi gia tăng ăn mặn theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới.

Từ khóa: người dân, ăn mặn, thói quen

SUMMARY

BEHAVIOR RELATED TO SALTY FOOD INTAKE OF PEOPLE IN SOME PROVINCES IN VIETNAM IN 2019 AND SOME ASSOCIATED FACTORS

The study describes self assessment of salty habit and salty level of people in some cities in Vietnam in 2019 and its associated factors. Cross sectional study among 1184 customers at supermarket and shops. The rate of self assessment of salty food intake is 15,9% and very salty food intake is 1,1%. The rate of people who have the habit of adding salt to food and to cook food at all meals and most meals are the highest (39,7% and 30,2%). The rate of people who eat processed food with a lot of salt in some meals accounts for the highest proportion: 55,7%, followed by most meals: 14,9% and rarely meals: 13,9%. The older age is less likely to consume salty food. (OR=0,98; 95%CI: 0,96-0,99). Therefore, it is

necessary to communicate with the people in the community about harmful effects of salty food on their health and reduced salty intake behaviours recommended by world health organization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, các bệnh không lây nhiễm (NCDs), bao gồm các bệnh tim mạch, tiểu đường, ung thư và các bệnh hô hấp mãn tính đã xuất hiện như những thách thức chính đối với sức khỏe cộng đồng. Năm 2012, số ca tử vong do các bệnh không lây nhiễm là 38 triệu, tương đương với 68% trong tổng số ca tử vong trên toàn thế giới [1]. Con số này dự kiến sẽ tăng lên 52 triệu vào năm 2030 [2]. Bên cạnh đó, tỷ lệ NCD ở những nước thu nhập thấp và trung bình cũng rất cao [3]. Gần ba phần tư số ca tử vong do NCD trong năm 2012 xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình [4], dự kiến con số này sẽ tăng thêm 20% nữa vào năm 2020 [3]. Thực tế, kinh tế Việt Nam đã phát triển trong nhiều năm gần đây và tỷ lệ người dân Việt Nam bị mắc các bệnh do NCD cũng tăng lên. Số ca tử vong do NCD tại Việt Nam đã tăng từ 288,000 vào năm 2000 lên 379,000 vào năm 2010 [5], ước tính đến năm 2014, số ca tử vong do NCD sẽ chiếm 73% số ca tử vong ở Việt Nam [1]. Tuy nhiên, theo khuyến nghị của WHO thì một phần lớn tỷ lệ bệnh NCD có thể được ngăn chặn bằng cách giảm các yếu tố hành vi nguy cơ [1]. Theo điều tra y tế quốc gia về bệnh không lây nhiễm (STEPS) năm 2015 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp chung ở cả nam và nữ ở Việt Nam là 23,2% [6]. Cũng trong nghiên cứu này, xét nghiệm nước tiểu được thực hiện trên 4320 người dân đại diện cho cộng đồng người dân khắp cả nước Việt Nam cho thấy lượng muối trung bình một người tiêu thụ 1 ngày là 9,4 gram [6] cao hơn gần gấp đôi lượng muối khuyến cáo tiêu thụ trung bình 1 ngày là 5 gram [7]. Tiêu thụ Natri cao hơn 2 gam một ngày (tương đương 5g muối) góp phần gây tăng huyết áp và đột quỵ [7]. Thực tế, quan điểm của người dân về mức độ ăn mặn của họ như thế nào, có thể có yếu tố

¹Cục y tế dự phòng, Bộ Y tế

²Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bích Diệp

Email: phambichdiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

nào liên quan đến hành vi gia tăng ăn mặn của người dân? Nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu:

1. *Thực trạng tự đánh giá mức độ ăn mặn và thói quen ăn mặn của người dân tại một số tỉnh ở Việt Nam năm 2019.*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến hành vi ăn mặn của người dân ở một số tỉnh ở Việt Nam năm 2019.*

Kết quả của nghiên cứu này sẽ cung cấp các bằng chứng để thực hiện các chương trình can thiệp trong cộng đồng nhằm giảm lượng muối tiêu thụ của người dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Khách hàng tại các siêu thị và cửa hàng bán lẻ

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng 6 tháng từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2019.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu đã lựa chọn chủ đích 4 tỉnh thuộc các vùng địa lý khác nhau để đảm bảo đại diện về mặt địa lý. Các địa bàn nghiên cứu đã lựa chọn cụ thể theo 04 vùng sinh thái như sau:

- Trung du và miền núi phía Bắc: Thái Nguyên
- Đồng bằng sông Hồng: Hà Nội
- Bắc trung bộ và Duyên Hải miền Trung: Bình Định
- Tây Nguyên: Buôn Mê Thuột

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu. Số liệu của nghiên cứu này là một phần của nghiên cứu hành vi tiêu dùng thực phẩm đã qua chế biến và đồ uống không cồn của khách hàng ở một số tỉnh Việt Nam, với cỡ mẫu là 1193 người.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trên quần thể thì cỡ mẫu 1193 đủ để ước lượng hành vi ăn mặn của người dân trong quần thể.

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

Trong đó: p: tỷ lệ đối tượng có hành vi ăn mặn.

Δ : khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P).

α : mức ý nghĩa thống kê.

Chọn p = 61,3% là tỷ lệ ăn mặn của người Việt Nam[8], chọn mức ý nghĩa thống kê α = 0,05; chọn Δ = 0,03; ta có cỡ mẫu tối thiểu là 1010 người.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu. Phương

pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn được áp dụng. Cụ thể như sau:

Bước 1: Tại mỗi Tỉnh trong 4 Tỉnh đã lựa chọn, chọn 01 thành phố của Tỉnh đó, mỗi Thành phố chọn 300 khách hàng.

Bước 2: Trong thành phố đã chọn, chọn 01 khu vực thành thị và 01 khu vực nông thôn. Do khu vực thành thị đông hơn ở nông thôn nên tại thành thị lấy 200 khách hàng và tại nông thôn lấy 100 khách hàng.

Bước 3: Tại mỗi khu vực lựa chọn, chọn chủ đích 1 siêu thị và 5 cửa hàng theo tiêu chí là siêu thị và cửa hàng đông khách. Do quy mô của siêu thị lớn hơn cửa hàng bán lẻ nên mỗi siêu thị chọn lượng khách hàng phỏng vấn lớn gấp 5 lần khách hàng phỏng vấn tại mỗi cửa hàng. Như vậy, tại thành thị, mỗi siêu thị chọn 100 khách hàng, mỗi cửa hàng chọn 20 khách hàng. Tại nông thôn, mỗi siêu thị chọn 50 khách hàng và mỗi cửa hàng chọn 10 khách hàng.

Chọn mẫu khách hàng theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nhóm nghiên cứu có mặt tại cửa hàng và siêu thị, mời khách hàng mua hàng xong tham gia vào nghiên cứu và dừng lại cho đến khi đủ số lượng cần thiết.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp gồm 2 phần:

- Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

- Phần 2: Thông tin liên quan đến tự đánh giá ăn mặn của bản thân và thói quen ăn mặn.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi được thu thập sẽ được kiểm tra, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tần suất và tỷ lệ phần trăm. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan giữa biến phụ thuộc là (hành vi ăn mặn) và biến độc lập là (một số yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới, thành phố).

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức số 395/DD – YTCC, hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Tế Công Cộng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 1193)

	Biến số	n	%
Tỉnh:	Hà nội	300	25,15
	Thái Nguyên	300	25,15

Bình Định	301	25,20
Đặc lặc	292	24,50
Giới		
Nam	308	25,9
Nữ	880	74,1
Trình độ học vấn		
Tốt nghiệp tiểu học	38	3,3
Tốt nghiệp trung học cơ sở	185	15,8
Tốt nghiệp phổ thông trung học	392	33,5
Tốt nghiệp cao đẳng/đại học	488	41,7
Tốt nghiệp sau đại học	67	5,7
Nghề nghiệp		
Công chức/cán bộ nhà nước văn phòng/đã nghỉ hưu	328	27,8
Làm việc tại các tổ chức phi chính phủ/công ty nước ngoài	78	6,6
Công nhân/nông dân/lao động chân tay/nội trợ	518	43,8
Tự kinh doanh/ buôn bán	160	13,5
Khác (sinh viên,..)	98	8,3
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	381	32,2
Kết hôn	804	67,8
Tuổi (Mean; $\pm$ SD)	36,1 $\pm$ 14,2	

Ghi chú: Số lượng quan sát ở các cột có thể nhỏ hơn tổng số mẫu do thiếu thông tin.

Nhận xét: Số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu gần như nhau ở các tỉnh. Tỷ lệ nữ giới gần gấp 3 lần tỷ lệ nam giới.

Trình độ học vấn của đối tượng tham gia

Bảng 2: Thói quen ăn mặn của đối tượng nghiên cứu (n = 1193)

Biến số	Ăn mặn (n = 201)		Không ăn mặn (n = 982)		p value	Tổng (n = 1184)	
	n	%	n	%		n	%
Chấm hoặc cho thêm muối vào đồ ăn							
Tất cả các bữa	104	52,5	366	37,1	<0,001	470	39,7
Hầu hết các bữa	61	30,8	297	30,1		358	30,2
Thỉnh thoảng	30	15,2	258	26,1		288	24,3
Hiếm khi	3	1,5	42	4,3		45	3,8
Không bao giờ	0	0	22	2,2		22	1,9
Không biết	0	0,0	2	0,2		2	0,2
Ăn thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối							
Tất cả các bữa	34	16,9	72	7,3	<0,001	106	9,0
Hầu hết các bữa	48	23,9	129	13,1		177	14,9
Thỉnh thoảng	96	47,8	567	57,4		660	55,7
Hiếm khi	14	7,0	153	15,5		165	13,9
Không bao giờ	9	4,5	63	6,4		72	6,1
Không biết	0	0,0	4	0,4		4	0,3

Ghi chú: nhóm ăn mặn là nhóm tự đánh giá bản thân ăn mặn và rất mặn. Nhóm không ăn mặn là nhóm tự đánh giá bản thân ăn bình thường, nhạt và rất nhạt.

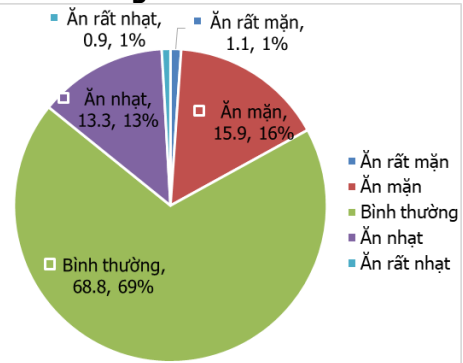
Thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối là thức ăn được thêm muối khi chế biến như dưa, cà

nghiên cứu chủ yếu là từ trung học trở lên.

Nghề nghiệp chính của đối tượng chủ yếu là công nhân/nông dân/lao động chân tay/nội trợ và tiếp đến là cán bộ công chức nhà nước.

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 36,1 tuổi.

3.2. Tự đánh giá về thói quen ăn mặn của bản thân người dân



Biểu đồ 1: Người dân tự đánh giá mức độ ăn mặn của bản thân (n=1193)

Nhận xét: Người dân tự đánh giá về mức độ ăn mặn của bản thân cho thấy tỷ lệ rất thấp người dân cho rằng họ ăn rất mặn (1,1%) và có 15,9% người dân cho rằng họ ăn mặn. Phần lớn người dân tự đánh giá họ ăn mặn ở mức độ bình thường (68,8%). Chỉ có 0,9% người dân được hỏi cho rằng họ ăn rất nhạt và 13,3% cho rằng họ ăn nhạt.

Số lượng quan sát ở các cột có thể nhỏ hơn tổng số mẫu do thiếu thông tin.

Nhận xét: Phần lớn người dân có thói quen chấm hoặc cho thêm muối vào đồ ăn, tỷ lệ cao nhất là thực hiện ở tất cả các bữa ăn (39,7%) và hầu hết các bữa ăn (30,2%). Tỷ lệ này ở nhóm ăn mặn cao hơn so với nhóm không ăn mặn. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ người dân ăn thức ăn chế biến sẵn có chứa nhiều muối cao nhất là 55,7% mới mức độ là thỉnh thoảng ăn. Trong nhóm ăn mặn thì tỷ lệ ăn các thức ăn chứa nhiều muối ở tất cả các bữa ăn và hầu hết các bữa ăn cao hơn hẳn so với nhóm không ăn mặn. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến ăn mặn của người dân

Bảng 3. Mối liên quan giữa ăn mặn và các yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố liên quan	Ăn mặn (n; (%))	Không ăn mặn (n; (%))	Đơn biến		Đa biến	
			OR thô	95%CI	OR hiệu chỉnh	95%CI
Tỉnh: Hà Nội	55 (27,3)	245(24,7)	1		1	
Thái Nguyên	38 (18,9)	262 (26,4)	0,6	0,4-0,3	0,7	0,4-1,2
Bình Định	54 (26,9)	247 (24,9)	0,9	0,6-1,5	1,1	0,7-1,6
Đắk Lắk	54 (26,9)	238 (24,0)	1,0	0,7-1,5	1,1	0,7-1,8
Giới tính: Nam	61(30,4)	247 (25,0)	1		1	
Nữ	140 (69,6)	740 (75,0)	0,7	0,5-1,1	0,8	0,5-1,1
Trình độ học vấn						
Tiểu học	6 (3,1)	32 (3,3)	1		1	
Trung học cơ sở	33 (16,8)	152 (15,6)	1,2	0,5-3,0	0,9	0,4-2,6
Trung học phổ thông	62 (31,6)	330 (33,9)	1,0	0,4-2,5	0,7	0,3-2,0
Cao đẳng/đại học	83 (42,4)	405 (41,6)	1,1	0,4-2,7	0,9	0,3-2,3
Sau đại học	12 (6,1)	55 (5,6)	1,2	0,4-3,4	0,9	0,3-2,9
Tuổi (n, (min, max))	1124 (13, 86)		0,98**	0,96-0,99**	0,98	0,96-0,99

Ghi chú: ** là giá trị p có ý nghĩa thống kê ở mức $p < 0,01$

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến cho thấy có mối liên quan giữa tuổi và hành vi ăn mặn. Tuổi càng cao thì càng giảm ăn mặn. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng giữa tuổi càng cao và càng giảm ăn mặn là rất thấp.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn người dân cho rằng họ ăn mặn ở mức độ bình thường và chỉ có 1,1% cho rằng họ ăn rất mặn và 15,9% cho rằng họ ăn mặn. Theo nghiên cứu điều tra y tế quốc gia bệnh không lây nhiễm năm 2015 (STEPS) lấy mẫu nước tiểu của 4320 người dân đại diện trong cả nước, cho thấy người dân Việt Nam tiêu thụ trung bình 9,4 gram muối một ngày[6] trong khi đó theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới (WHO) thì trung bình một ngày mỗi người dân chỉ nên tiêu thụ 5gram muối [7]. Như vậy, so với mức độ khuyến cáo của WHO, người dân Việt Nam đã ăn mặn hơn gấp gần 2 lần. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, bản thân người dân tự đánh giá mức độ ăn mặn và ăn rất mặn với tỷ lệ là 15,9% và 1,1%. Có thể giải thích kết quả này do mức độ tự đánh giá về ăn mặn và ăn rất mặn của mỗi người dân là khác nhau. Thậm chí, ngay cả khi người dân ăn mặn họ cũng có thể đánh giá họ ăn bình thường do thói quen ăn uống từ trước đến giờ vẫn như vậy.

Thói quen ăn mặn của người dân được thực hiện thông qua hành vi chấm hoặc cho thêm mắm muối vào đồ ăn. Thói quen này được thực

hiện ở tất cả các bữa ăn và hầu hết các bữa ăn với tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ người dân thỉnh thoảng ăn thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối chiếm tỷ lệ cao nhất. Mặc dù người Việt Nam chủ yếu là văn hoá ăn các đồ ăn tươi tự nấu, tuy nhiên, văn hoá ăn uống có chấm nước mắm và chấm muối đã có từ lâu đời và trở thành thói quen trong các gia đình. Thói quen này lại được Viện dinh dưỡng quốc gia khuyến cáo nên hạn chế chấm mặn khi ăn vì điều này làm tăng lượng muối tiêu thụ[9]. Kết quả nghiên cứu này cung cấp những thông tin quan trọng về tự đánh giá của người dân về mức độ ăn mặn của bản thân và hành vi gia tăng ăn mặn.

Theo kết quả hồi quy tuyến tính cho thấy tuổi có mối liên quan đến hành vi ăn mặn, tuổi càng cao thì ý thức ăn mặn giảm hơn mặc dù mức độ ăn mặn giảm không đáng kể. Kết quả này có thể được giải thích là do những người cao tuổi đã có một số bệnh đi kèm và họ đã được bác sĩ tư vấn về chế độ ăn mặn ảnh hưởng đến sức khoẻ. Một nghiên cứu ở Thanh Oai Hà Tây cho thấy những người già về hưu thì được nghe truyền thông về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm

nhều hơn[10]. Điều này có thể giải thích cho kết quả của nghiên cứu này là càng nhiều tuổi thì càng ăn nhạt hơn.

V. KẾT LUẬN

Người dân tự đánh giá ăn mặn và rất mặn chiếm tỷ lệ thấp là 15,9% và 1,1%. Phần lớn người dân ăn mặn có thói quen chấm và thêm mắm muối vào tất cả các bữa ăn và hầu hết các bữa ăn hàng ngày. Người dân có thói quen thỉnh thoảng ăn thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối. Người càng cao tuổi thì càng ăn giảm mặn. Do vậy, cần truyền thông trong cộng đồng để người dân thấy được tác hại của ăn mặn và thay đổi thói quen ăn uống tăng mặn như hạn chế chấm mắm và thêm muối vào đồ ăn, cũng như thay đổi thói quen tăng ăn thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mendis S. and World Health Organization (2014)**, Global status report on noncommunicable diseases 2014, .
2. **WHO | Projections of mortality and causes of death,
2015 and 2030.** WHO, <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2015_2030/en/>, accessed: 02/01/2020.
3. **Mathers C., Fat D.M., Boerma J.T., et al., eds. (2008)**, The global burden of disease: 2004 update, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
4. **Narain J.P., Garg R., and Fric A. (2011)**. Non-communicable diseases in the South-East Asia region: burden, strategies and opportunities. Natl Med J India, **24**(5), 280–287.
5. **WHO | Viet Nam.** WHO, <https://www.who.int/gho/countries/vnm/en/>, accessed: 02/01/2020.
6. **Ministry of Health**, General Department of preventive medicine National survey on the risk factors of non-communicable diseases (STEPS) Viet Nam 2015.
7. **Salt reduction.** <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>, accessed: 02/01/2020.
8. **Hội dinh dưỡng Việt Nam (2018)**. Dinh Dưỡng và lão hoá. **14**(4), 52-58
9. **Chế độ ăn giảm muối và các bệnh mạn tính không lây.** <http://viendinhduong.vn/vi/tin-tuc/che-do-an-giam-muoi-va-cac-benh-man-tinh-khong-lay.html>, accessed: 02/01/2020.
10. **Pham B.D., Kim B.G., Nguyen T.T.H., et al. (2019)**. Exposure to Messages on Risk Factors for Noncommunicable Diseases in a Rural Province of Vietnam. BioMed Research International, <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/7962947/>, accessed: 02/01/2020.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH MẠC TREO TRONG ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D

Phạm Văn Bình*, Phan Hữu Huỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch mạc treo trong nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi 3D và một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch gốc động mạch của nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 67 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được phẫu thuật nội soi 3D tại khoa Ngoại Bụng 1 từ 11/2018 đến tháng 10/2019. **Kết quả nghiên cứu:** Số hạch nạo vét được trung bình là 10.38 ± 5.38 . Số bệnh nhân có di căn hạch mạc treo là 37, chiếm 55.22%. Giai đoạn T3-4 thì khả năng có di căn hạch mạc treo cao hơn giai đoạn T1-2 (OR=68.54, 95%CI=8.2-567.92). 16.42% (11/67 bệnh nhân) có di căn hạch gốc động mạch. Yếu tố liên quan đến di căn hạch gốc động mạch bao gồm có di căn hạch trung gian (OR=6.45, 95%CI=1.27-32.69), kích thước u trên 3cm (OR=6.18, 95%CI=1.70-22.41) và tổn thương u T4 (OR=6.26, 95%CI=1.56-25.02).

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

Kết luận: Trong nhóm phẫu thuật nội soi 3D ung thư đại tràng

-Số bệnh nhân có di căn hạch mạc treo là chiếm 55.22% (37/67 bệnh nhân), di căn hạch gốc động mạch 16.42% (11/67 bệnh nhân).

-Yếu tố liên quan: giai đoạn T3-4 thì khả năng có di căn hạch mạc treo cao hơn giai đoạn T1-2, di căn hạch gốc động mạch bao gồm có di căn hạch trung gian, kích thước u trên 3 cm và tổn thương u T4.

Từ khóa: Nạo vét hạch D3, hạch gốc động mạch, ung thư đại tràng.

SUMMARY

ASSESS THE STATUS OF LYMPH NODE METASTASIS IN COLON CANCER PATIENTS WHO UNDERWENT RADICAL 3D LAPAROSCOPIC SURGERY

Objectives: To assess status of lymph node metastasis in patients with colon cancer who underwent radical 3D laparoscopic surgery. To evaluate some of the factors affect the apical lymph node metastasis. **Methods:** A prospective study was carried out on 67 colon cancer patients who underwent radical surgery by 3D laparoscopic from November 2018 to October 2019 at Abdominal Surgery Department 1st – Vietnam National Cancer

Hospital. **Results:** Among all patients, the median number of lymph nodes examined was 10.38 ± 5.38 . 37 cases had metastasis lymph node present in the mesocolon. T3-T4 stage is the risk factor of lymph node metastasis (OR=68.54, 95%CI=8.2-567.92). 11/67 patients had apical lymph node metastasis. The positive associations of apical lymph node metastasis are D2 lymph node metastasis (OR=6.45, 95%CI=1.27-32.69), size of tumor more than 3 cm (OR=6.18, 95%CI=1.70-22.41) and T4 stage (OR=6.26, 95%CI=1.56-25.02). **Conclusions:** The result shown that 55.22% patient had metastasis lymph node of mesocolon (37/67 patients). 11/67 patients had apical lymph node metastasis (16.42%). The occurring of lymph node metastasis of mesocolon is more frequent in T3-4 than T1-2 stage. The positive associations of apical lymph node metastasis are D2 lymph node metastasis.

Keywords: D3 lymphadenectomy, apical lymph node, colon cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là 1 trong 4 nguyên nhân tử vong hàng đầu trong nhóm các bệnh lý ác tính. Tại Việt Nam, theo Globocan 2018, ước tính có khoảng 14 700 ca ung thư đại trực tràng mới mắc. Cho tới ngày nay, phẫu thuật kết hợp với hoá trị vẫn là phương thức điều trị hiệu quả nhất đối với ung thư đại tràng. Phẫu thuật luôn đóng vai trò quan trọng bậc nhất, là phương pháp điều trị triệt căn, điều trị triệu chứng cho ung thư đại tràng.

Sự phân chia giai đoạn TNM được phát triển bởi AJCC và UICC vẫn được coi là công thức được ứng dụng phổ biến nhất trên toàn thế giới. NCCN 2017 đã quan tâm đến tình trạng di căn hạch gốc động mạch: hạch tại nguyên uỷ của mạch nuôi dưỡng nên được xác minh bởi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Tuy vậy, đánh giá di căn hạch vẫn chỉ dựa trên số lượng hạch di căn với số hạch tối thiểu cần có là 12 [6].

Cần có bao nhiêu hạch để đánh giá giai đoạn là đủ vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi. Con số 12 dường như được nhiều nghiên cứu ủng hộ nhưng thực ra nó được nhắc đến lần đầu tại World Congress of Gastroenterology – Sydney năm 1990, với grade C recommendation – level III-IV evidence [3]. Trong khi đó, Hiệp hội Ung thư đại trực tràng Nhật Bản (JSCCR) phân chia có di căn hạch gốc động mạch là N3. Theo ghi nhận của JSCCR, giai đoạn 2000-2004, di căn hạch gốc động mạch (D3) có thể xuất hiện ở nhóm bệnh nhân có mức độ xâm lấn u T2 (mp). Di căn hạch D3 đã được nhiều báo cáo khác ghi nhận với tỉ lệ lên đến 11.1% đối với ung thư đại tràng phải [7]. Tỉ lệ di căn hạch tại vị trí động mạch mạc treo tràng dưới cũng được báo cáo 0,3 – 8,6%. Đáng chú ý di căn nhảy cóc từ D1

đến D3 cũng được ghi nhận với tỷ lệ 0,8-2% [5].

Việc đánh giá di căn hạch mạc treo bao gồm cả hạch gốc động mạch đã và đang trở nên quan trọng bởi có sự liên quan với tiên lượng sau mổ, điều trị hoá chất. Nhiều phẫu thuật viên và bác sĩ giải phẫu bệnh cũng đã bắt đầu có thói quen đề cập đến sự di căn hạch D3 trong báo cáo phẫu lâm sàng của mình. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

1. *Đánh giá tình trạng di căn hạch mạc treo trong nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi 3D.*

2. *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch gốc động mạch của nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 67 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được phẫu thuật triệt căn bằng phẫu thuật nội soi 3D tại khoa Ngoại Bụng 1 trong thời gian từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 10 năm 2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng, chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh.
- Được mổ triệt căn bằng phẫu thuật nội soi 3D.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Không có bệnh ung thư khác kèm theo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Những bệnh nhân không được phẫu tích hạch đầy đủ sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả

2.2.2. Các bước tiến hành

2.2.2.1. Phân nhóm hạch

- D1 là nhóm hạch có vị trí cạnh u hoặc nằm sát bờ mạc treo của đại tràng.
- D2 là nhóm hạch nằm tại mạc treo của đại tràng.
- D3 là nhóm hạch nằm tại vị trí quanh chỗ chia nhánh của động mạch mạc treo tràng trên ra động mạch hồi manh tràng – động mạch đại tràng phải- động mạch đại tràng ngang (đối với ung thư đại tràng phải) và gốc động mạch mạc treo tràng dưới (đối với ung thư đại tràng trái).

2.2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới.
- Đặc điểm u: vị trí (đại tràng phải, đại tràng trái), mức độ xâm lấn của u (T1, T2, T3, T4), độ mô học của tổn thương (biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa kém).
- Số hạch nạo vét được, tình trạng di căn: N1a (di căn 1 hạch), N1b (di căn 2-3 hạch), N1c

(tumor deposit), N2a (di căn 4-6 hạch), N2b (di căn trên 7 hạch).

2.2.3. Xử lý số liệu. Thông tin bệnh nhân được ghi nhận bởi 1 mẫu nghiên cứu và xử lý bằng SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

	Di căn hạch mạc treo		OR/ 95%CI
	Có	Không	
Giới			
Nam	18 (48.64%)	21 (70%)	0.40/0.14-1.11
Nữ	19 (51.36%)	9 (30%)	
Tuổi	53.63 ± 13.42		
Số hạch nạo vét	10.38 ± 5.38		
Tổng (n=67)	37 (55.22%)	30 (44.78%)	

Bảng 2. Đặc điểm kích thước khối u, vị trí khối u

	Di căn hạch mạc treo		OR/ 95%CI
	Có	Không	
Kích thước u			
≤ 3cm	24 (64.87%)	16 (53.33%)	0.61/0.23-1.65
> 3 cm	13 (35.13%)	14 (46.67%)	
Vị trí			
Đại tràng phải	15 (40.54%)	18 (60%)	1.61/0.60-4.33
Đại tràng trái	22 (59.46%)	12 (40%)	

Bảng 3. Độ mô học, đặc điểm xâm lấn của u

	Di căn hạch mạc treo		OR/ 95%CI
	Có	Không	
Độ mô học			
Biệt hóa vừa – cao	27 (72.97%)	25 (83.33%)	1.16/0.45-2.94
Biệt hóa kém	10 (27.03%)	5 (16.67%)	
pT			
pT1-2	11 (27.93%)	29 (100%)	
pT3-4	26 (72.07%)	1	68.54/8.2-567.92

Bảng 4. Di căn hạch D3

	Di căn hạch gốc động mạch		OR/ 95%CI
	Có	Không	
Tổng (n=67)	11 (16.42%)	56 (83.58%)	

Di căn hạch trung gian			
Có	9 (81.81%)	23 (41.07%)	6.45/1.27-32.69
Không	2 (18.19%)	33 (58.93%)	
Kích thước u			
≤ 3cm	3 (27.27%)	37 (66.07%)	
> 3 cm	8(72.73%)	19 (33.93%)	5.19/1.23-21.87
pT			
T1	1 (9.09%)	27 (48.21%)	
T2	1 (9.09%)	11 (19.64%)	
T3	3 (27.27%)	9 (16.71%)	
T4	6 (54.54%)	9 (16.71%)	6.26/1.56-25.02
pN			
N0	0	30 (53.57%)	
N1a	0	9 (16.71%)	
N1b	0	6 (10.72%)	
N1c	0	0	
N2a	6 (54.54%)	7(12.50%)	
N2b	5(45.46%)	4(7.14%)	

IV. BÀN LUẬN

Tử vong do ung thư đại tràng phần lớn là do bệnh tiến triển và di căn. Di căn hạch thường xuất hiện và là yếu tố chính liên qua đến di căn xa. Do đó, đánh giá di căn hạch đóng vai trò rất quan trọng để tiên lượng khả năng sống thêm, nguy cơ tái phát. Mặt khác, tình trạng di căn hạch là một trong ba yếu tố để đánh giá giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn của NCCN và Nhật Bản. Mặc dù tiêu chuẩn đánh giá di căn hạch trong điều trị ung thư đại trực tràng của NCCN và Nhật Bản có khác nhau nhưng sự cần thiết của việc lấy bỏ hoàn toàn tổn thương cùng với hạch vùng và được coi như là nhiệm vụ quan trọng nhất cả điều trị ngoại khoa.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm những bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được phẫu thuật nội soi 3D trong thời gian từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 10 năm 2019. Trong 67 bệnh nhân, nam giới chiếm 58.20%, tuổi trung bình là 53.63 ± 13.42. Số bệnh nhân có di căn hạch mạc treo là 37, chiếm 55.22%. Chúng tôi đánh giá sự liên quan của di căn hạch mạc treo với các yếu tố như giới tính, kích thước u, vị trí tổn thương, độ mô học và mức độ xâm lấn u. Điểm đáng chú ý là sự liên quan có ý nghĩa chỉ thấy được ở mức độ xâm lấn u, giai đoạn T3-4 thì khả năng có di căn hạch mạc treo cao hơn

giai đoạn T1-2 (OR=68.54, 95%CI=8.2-567.92). Thứ hai là kích thước u (trên 3cm) không được coi là yếu tố có liên quan và tỷ lệ di căn hạch mạc treo ở nhóm bệnh nhân u dưới 3 cm lên đến 64.87%.

Số hạch nạo vét được trung bình là 10.38 ± 5.38 . Khuyến nghị số lượng hạch tối thiểu là 12 đã được Fielding và cộng sự đề xuất, tác giả cho rằng nếu ít hơn 12 hạch thì sẽ dẫn đến tỷ lệ âm tính giả của những hạch di căn [3]. Mặt khác, nếu số lượng hạch nạo vét được dưới 12 sẽ làm cho những bệnh nhân ở giai đoạn II phải cân nhắc điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật triệt căn. Nhiều nghiên cứu đã cho rằng nên đánh giá được càng nhiều hạch mạc treo càng tốt và không cố định một số lượng tối thiểu sẽ có ý nghĩa làm tăng khả năng sống thêm [2]. Tuy nhiên, có sự chênh lệch khá lớn về số lượng hạch thực tế được đánh giá sau mổ, thực tế là chỉ khoảng 37% bệnh nhân được đánh giá với số lượng hạch đủ theo tiêu chuẩn, theo nghiên cứu của Baxter [1]. Đây là nghiên cứu quần thể (population based study) trên 116 995 bệnh nhân ung thư đại trực tràng từ năm 1988 đến năm 2001. Số lượng hạch trung bình chỉ là 9. Mức độ xâm lấn của u là yếu tố liên quan có ý nghĩa với sự đánh giá đầy đủ hạch di căn (OR=2.27, 95%CI=2.18-2.35).

Đánh giá di căn hạch trong ung thư đại trực tràng theo quan điểm Nhật Bản không giống như khuyến cáo của NCCN. Các tác giả Nhật coi trọng vị trí hạch di căn hơn là số lượng. Trong hệ thống phân loại này, nhóm hạch ở cạnh đại tràng, nhóm hạch dọc theo mạch máu chính, nhóm hạch quanh gốc động mạch chính tương ứng sẽ là N1, N2 và N3. Nhiều nghiên cứu sử dụng thuật ngữ LND1, LND2, LND3 để tránh nhầm lẫn với cách phân loại giai đoạn bệnh TNM theo NCCN. Dù rằng ở hướng dẫn phân loại giai đoạn bệnh TNM lần thứ 4 cũng đã sử dụng thuật ngữ N3 dành cho di căn hạch tại gốc động mạch với số lượng hạch dương tính bất kỳ. Nhưng đến phiên bản thứ 5 của NCCN thì khái niệm này bị loại bỏ bởi tính phức tạp của việc xác định vị trí trên bệnh phẩm [6].

Trong khi thực hiện nghiên cứu này, việc xác định và phẫu tích hạch ở vị trí gốc động mạch được nhóm phẫu thuật viên thực hiện ngay trong mổ. Bằng phẫu thuật nội soi 3D, chúng tôi thực hiện việc phẫu tích và xác định vị trí giải phẫu của các mạch chính tương ứng với vị trí của tổn thương. Hạch sẽ được lấy phẫu tích và lấy ra trong mổ. Sau đó, khi được lấy ra, bệnh phẩm sẽ được phẫu tích hạch bởi chính nhóm trợ thủ.

Chúng tôi ghi nhận 16.42% (11/67 bệnh nhân) có di căn hạch gốc động mạch. Yếu tố liên quan đến di căn hạch gốc động mạch bao gồm có di căn hạch trung gian (OR=6.45, 95%CI=1.27-32.69), kích thước u trên 3 cm (OR=5.19, 95%CI=1.23-21.87) và tổn thương u T4 (OR=6.26, 95%CI=1.56-25.02). Đáng chú ý là trong nhóm 35 bệnh nhân không có di căn hạch trung gian thì có 2 trường hợp di căn hạch gốc động mạch, 1/28 trường hợp pT1 có di căn hạch gốc động mạch. Di căn hạch gốc động mạch đã được nhiều báo cáo ghi nhận với tỷ lệ từ 0 đến 11.1% đối với ung thư đại tràng phải [7]. Tỷ lệ di căn hạch gốc động mạch mạc treo tràng dưới là từ 0.3-8.6%. Di căn nhảy cóc (skip metastasis) từ chặng D1 đến D3 cũng đã được ghi nhận với tỷ lệ từ 0.8% đến 2% [5].

Nghiên cứu này được tiến hành trong thời gian ngắn, với cỡ mẫu chưa lớn nên không thể đánh giá được vai trò của yếu tố di căn các chặng hạch D1, D2, D3 đối với khả năng sống thêm của bệnh nhân. Tuy vậy, cũng đã có nhiều báo cáo về vấn đề này. Một nghiên cứu phân tích việc sử dụng LND như là một cách phân loại dưới nhóm cho bệnh nhân ở giai đoạn III với 164 bệnh nhân ung thư đại tràng với tỷ lệ 41.5% LND âm tính, 29.3% LND1, 18.3% LND2, 11.0% LND3. Tương ứng là 23.8% N1 và 34.8% N2. Tác giả kết luận cách phân loại LND cho thấy khoảng cách chênh lệch về tỷ lệ sống thêm cao hơn so với phân loại theo TNM [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 67 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được mổ triệt căn bằng phẫu thuật nội soi 3D trong thời gian từ tháng 11/2018 đến 10/2019.

Tỷ lệ nam chiếm 58.20%, tổn thương tại đại tràng trái chiếm 65.67%, tuổi trung bình là 53.63 ± 13.42 .

Có 52.22% di căn hạch mạc treo. Mức độ xâm lấn của u T3-4 được coi là yếu tố liên quan đến di căn hạch mạc treo với OR=0.61, 95%CI=0.23-1.65.

Tỷ lệ có di căn hạch gốc động mạch 16.42% (11/67 bệnh nhân). Yếu tố liên quan đến di căn hạch gốc động mạch bao gồm có di căn hạch trung gian (OR=6.45, 95%CI=1.27-32.69), kích thước u trên 3 cm (OR=6.18, 95%CI=1.70-22.41) và tổn thương u T4 (OR=6.26, 95%CI=1.56-25.02). Trong nhóm 35 bệnh nhân không có di căn hạch trung gian thì có 2 trường hợp di căn hạch gốc động mạch, 1/28 trường hợp pT1 có di căn hạch gốc động mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baxter NN, Virnig DJ, Rothenberger DA, et al. Lymph node evaluation in colorectal cancer patients: a population-based study. J Natl Cancer Inst, 2005. **97**: p. 219-225.
2. Chang GJ, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Moyer VA. Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review. J Natl Cancer Inst, 2007. **99**: p. 433-441.
3. Fielding LP, Arsenault PA, Chapuis PH, et al. Clinicopathological staging for colorectal cancer: an International Documentation System (IDS) and an International Comprehensive Anatomical Terminology (ICAT). J Gastroenterol Hepatol, 1991. **6**: p. 325-344.
4. Hida J, Okuno K, Yasutomi M, et al. Number versus distribution in classifying regional lymph node metastasis from colon cancer. J Am Coll Surg, 2005. **201**: p. 217-222.
5. Kang J, Hur H, Min BS, Kim NK, Lee KY. Prognostic impact of inferior mesenteric artery lymph node metastasis in colorectal cancer. Ann Surg, 2011. **18(3)**: p. 704-710.
6. Kim JK, Choi SC. Clinical implications of lymph node metastasis in colorectal cancer: Current status and future perspectives. Ann Coloproctol, 2019. **35**: p. 109-117.
7. Toyota S, Ohta H, Anazawa S. Rationale for extent of lymph node dissection for right colon cancer. Dis. Colon Rectum, 1995. **38(7)**: p. 705-711.

LIÊN QUAN GIỮA CỘNG HƯỞNG TỪ NÃO VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN NÃO ĐỒ Ở TRẺ BỊ ĐỘNG KINH

Trần Kiêm Hào¹, Nguyễn Hữu Sơn¹, Nguyễn Thị Mỹ Linh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là một bệnh lý quan trọng với tỷ lệ mắc bệnh là 3% trong suốt đời người và hơn một nửa bắt đầu từ thời thơ ấu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã khảo sát kết quả chụp cộng hưởng từ ở trẻ em bị động kinh và xác định mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, điện não đồ để đưa ra phương thức chẩn đoán và điều trị tốt hơn cho những bệnh nhi này trong tương lai. **Phương pháp nghiên cứu:** Trong nghiên cứu cắt ngang này, chúng tôi thực hiện trên tất cả trẻ em bị động kinh từ 1 đến 6 tuổi đã nhập viện Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Huế từ 2017 đến 2019. **Kết quả:** 112 trường hợp đã được đưa vào nghiên cứu. Có 54 (48,2%) trẻ gái và 58 (51,8%) trẻ trai, từ 1 đến 6 tuổi ($28,0 \pm 22,9$ tháng). 85 (75,9%) trẻ có điện não đồ bất thường. Cộng hưởng từ bất thường gặp ở 27/79 (34,2%) bệnh nhân và bao gồm: Loạn sản vỏ não khu trú (10,1%), teo não (6,3%), xơ hóa hồi hải mã (5,1%), não úng thủy (3,8%), nhuyễn hóa chất trắng (3,8%), xuất huyết não cũ (2,5%) và tổn thương não khu trú sau chấn thương (2,5%). Kết quả chụp cộng hưởng từ bất thường có mối liên quan với điện não đồ bất thường, tuổi, tiền sử gia đình có người thân mắc bệnh động kinh và khám thực thể bất thường. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa bất hình ảnh cộng hưởng từ não bất thường với đặc điểm lâm sàng và biến đổi điện não đồ ở trẻ bị động kinh. Chúng tôi đề nghị sử dụng điện não đồ để xác định động kinh và chụp cộng hưởng từ cho các bệnh nhân có thể chất bất thường, có dấu thần kinh khu trú hoặc bất thường khu trú trên điện não đồ.

Từ khóa: Trẻ em, Động kinh, Điện não đồ, Chụp cộng hưởng từ.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS IN EPILEPTIC CHILDREN AND ITS RELATION TO CLINICAL AND ELECTROENCEPHALOGRAPHY FINDINGS

Background: Epilepsy is an important disease with a cumulative incidence of 3% all over the life and more than half of them are started from childhood. In this study we surveyed magnetic resonance imaging (MRI) findings in epileptic children and its relation with clinical and EEG features in order to find better diagnostic and treatment modalities for these children in the future. **Methods:** In this cross sectional study, we investigated consecutively all 1 to 6-year-old epileptic children who referred to the Pediatric Center of Hue Central Hospital 2017 to 2019. **Results:** 112 pediatric patients with epilepsy were enrolled for investigation. There were 54 (48.2%) girls and 58 (51.8%) boys, aged 1 to 6-year-old (28.0 ± 22.9 months). Eighty-five (75.9%) of the children had abnormal electroencephalography (EEG). Abnormal MRI was seen in 27/79 (34.2%) patients. Abnormal MRI findings had significant relation with abnormal EEG, age, positive family history for epilepsy, and abnormal physical exam. **Conclusion:** There was a significant relationship between abnormal MRI findings and clinical and EEG features. We suggest to use EEG for confirmation of epilepsy and perform MRI for patient with abnormal physical exams, focal neurologic deficits or focal EEG abnormalities.

Keywords: Children, Epilepsy; Electroencephalography (EEG); Magnetic resonance imaging (MRI)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh lý của não bộ, do sự phóng điện quá mức, bất thường, đột ngột,

¹Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiêm Hào

Email: trankiemhao@bvh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

đồng bộ của các tế bào thần kinh chủ yếu ở vỏ não [8]. Sự kích thích não đột ngột bất thường này không liên tục, thường ngắn hạn và tự giới hạn, kéo dài vài giây đến vài phút. Định nghĩa của bệnh động kinh cần xảy ra ít nhất hai cơn động kinh [2]. Có gần 10,5 triệu trẻ em dưới 15 tuổi mắc động kinh trên toàn thế giới, chiếm 1/4 tổng số bệnh nhân mắc động kinh [7]. Khoảng 1,12 triệu trẻ dưới 15 tuổi mắc bệnh động kinh hàng năm sống ở các nước đang phát triển [7]. Tỷ lệ bệnh nhi mắc bệnh động kinh được báo cáo lên tới 10% trong y văn. Tỷ lệ mắc bệnh 3,6% trong suốt đời người và hơn một nửa trong số đó bắt đầu từ thời thơ ấu [7]. Một bệnh nhân được xác định mắc chứng động kinh khi cơn động kinh xuất hiện lặp lại trong một khoảng thời gian mà không có lý do rõ ràng. Động kinh không phải là một bệnh cụ thể, nhưng để chẩn đoán động kinh, các nguyên nhân khác phải được phân biệt vì cũng gây co giật như khối u, xơ cứng, chấn thương não cấp tính, xuất huyết, nhiễm trùng và bệnh di truyền. Điện não đồ và chẩn đoán hình ảnh là hai phương thức thường qui được sử dụng để phân biệt, nhằm xác định hoặc bác bỏ chẩn đoán động kinh và tìm nguyên nhân gây động kinh để phân loại hội chứng động kinh. Hình ảnh cộng hưởng từ nhạy hơn so với chụp CLVT đối với hầu hết các tổn thương động kinh ở não. Điện não đồ là một phương pháp quan trọng và thường qui để xác định động kinh khi trẻ bị co giật. Thực tế, mỗi đứa trẻ bị co giật lặp đi lặp lại nên chỉ định đo EEG khi tỉnh và trong khi ngủ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã khảo sát các bất thường trên cộng hưởng từ não ở trẻ em bị động kinh và mối quan hệ của nó với các biểu hiện lâm sàng và điện não đồ để tìm ra các phương thức chẩn đoán và điều trị tốt hơn trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu cắt ngang này, chúng tôi nghiên cứu tất cả trẻ em bị động kinh từ 1 đến 6 tuổi đã nhập viện tại Trung tâm Nhi – Bệnh viện Trung Ương Huế từ năm 2017 đến 2019. Bệnh nhân bị tổn thương não cấp tính sẽ loại khỏi nghiên cứu. Chúng tôi định nghĩa động kinh là co giật xảy ra nhiều hơn một lần ở trẻ em không bị sốt [2], trong trường hợp không có tổn thương não cấp tính, không có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào về xét nghiệm hoặc bằng chứng nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương đồng thời. Trẻ em bị động kinh sơ sinh (trước 28 ngày tuổi) và những cơn động kinh đầu tiên kéo dài từ 30 phút trở lên (trạng thái động kinh) đã được loại trừ, vì những rối loạn này khác nhau trong chẩn

đoán và phác đồ điều trị.

Thông tin về đặc điểm chung và lâm sàng bao gồm tuổi, giới tính, tiền sử gia đình của bệnh nhân, loại động kinh toàn thể hoặc cục bộ, nhiệt độ trung tâm cơ thể, các triệu chứng thần kinh và bất kỳ dấu hiệu bất thường nào khác trong quá trình khám thần kinh và chậm phát triển (sử dụng test Denver II để đánh giá sự phát triển của trẻ). Điện não đồ được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân. Các biến thể điện não đồ lành tính không được coi là bất thường. Điện não đồ được phân tích thông qua bác sĩ thần kinh nhi khoa và “mù” với kết quả chụp cộng hưởng từ não. Cộng hưởng từ được thực hiện với từ máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla (Siemens, Đức) bất cứ khi nào có thể trong những tháng đầu tiên của cơn động kinh thứ hai. Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh phải có hiểu biết về nhi khoa, cộng hưởng từ, khám thực thể, các loại động kinh hoặc bất kỳ thông tin nào về bệnh nhân.

Để xác định các đặc điểm lâm sàng và điện não đồ có tương quan với bất thường cộng hưởng từ não, chúng tôi sử dụng test Chi-square, hoặc Fisher bằng cách sử dụng phần mềm SPSS 16 (SPSS Inc, Hoa Kỳ). $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

112 trẻ đã tham gia nghiên cứu này. Có 54 (48,2%) trẻ gái và 58 (51,8%) trẻ trai, từ 1 đến 6 tuổi (trung bình $\pm$ SD: $28,0 \pm 22,9$ tháng). 39 (34,8%) bệnh nhân có giật cục bộ, 73 (60,2%) với co giật toàn thân. Có 18 (16,1%) trẻ có kết quả bất thường khi khám thần kinh (Bảng 1).

Có 85 (75,9%) trẻ em có điện não đồ bất thường. Trong số 79 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ não, kết quả phát hiện: các bệnh lý não thời kỳ chu sinh chiếm tỉ lệ cao như teo não (6,3%), não úng thủy (3,8%), nhuyễn hóa chất trắng (3,8%). Các tổn thương khác bao gồm: xuất huyết não cũ (2,5%) và tổn thương não khu trú sau chấn thương (2,5%). Kết quả chẩn đoán hình ảnh bất thường được thể hiện riêng biệt ở các loại tổn thương trong Bảng 2. Có sự khác biệt đáng kể giữa độ tuổi trung bình của bệnh nhân có kết quả cộng hưởng từ bất thường so với bệnh nhân có kết quả cộng hưởng từ bình thường ($39,3 \pm 14,2$ tháng so với $27,3 \pm 13,8$ tháng, $p < 0,05$).

Bảng 1. Phân bố kết quả lâm sàng và cận lâm sàng theo loại động kinh

Kết quả	Động kinh cục bộ	Động kinh toàn thể	p
Khám thần kinh	11,5%	20,0%	0,090

bất thường			
EEG bất thường	71,8%	78,1%	0,100
MRI bất thường	63,8%	23,2%	0,007

Bảng 2. Phân loại nguyên nhân động kinh dựa trên hình ảnh CHT não

Kết quả CHT	Số lượng (n=79)	Tỉ lệ (%)
Não úng thủy	3	3,8
Nhuễn hóa chất trắng	3	3,8
Teo não	5	6,3
Xuất huyết não cũ	2	2,5
Tổn thương não khu trú sau chấn thương	2	2,5
Loạn sản vỏ não khu trú	8	10,1
Xơ hóa hồi hải mã	4	5,1
Không có tổn thương	52	65,8

Bảng 3. Liên quan giữa biến đổi điện não và kết quả cộng hưởng từ ở nhóm động kinh cục bộ

Điện não đồ	Cộng hưởng từ não	
	Có tổn thương	Bình thường
Có biến đổi	11 (100%)	0 (0,0%)
Bình thường	3 (27,3%)	8 (72,7%)
p<0,01		

Ở nhóm động kinh cục bộ, hầu hết trường hợp điện não đồ biến đổi có tổn thương não được phát hiện trên cộng hưởng từ, so với tỉ lệ này ở nhóm điện não đồ bình thường là 27,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh của Hoa Kỳ (CDC) ước tính tỷ lệ mắc bệnh động kinh dựa trên một nghiên cứu tự báo cáo khoảng 1,1-2,2% [1]. Tỷ lệ mắc bệnh động kinh được báo cáo là 1,8% ở Iran, đây là một tình trạng thần kinh phổ biến ở người trẻ [5]. Cũng có gần 57% bệnh nhân biểu hiện động kinh đầu tiên nhỏ hơn 25 tuổi và hầu hết là từ 15 tuổi trở xuống. Gần 70% những bệnh nhân này được nhập viện và trải qua nhiều đánh giá khác nhau [7]. Cộng hưởng từ đã được xem là có hiệu quả trong việc đánh giá cấu trúc não và chẩn đoán các bệnh lý là trong nguyên nhân của động kinh và các bất thường khác trong bệnh động kinh cục bộ ở trẻ em. Cộng hưởng từ có độ nhạy cao và không xâm lấn thần kinh nhưng giá thành cao và không có sẵn. Liên hội Quốc tế chống động kinh đã đưa ra hướng dẫn thực hiện chẩn đoán hình ảnh cho trẻ em được đề xuất khi nghi ngờ động kinh khởi phát mới liên quan đến động kinh cục bộ, phân loại động kinh không rõ ràng, hoặc khi nghi ngờ động kinh với triệu chứng không rõ ràng. Cộng hưởng từ được ưa thích hơn CLVT vì độ

phân giải vượt trội, tính linh hoạt và ít nhiễu xạ.

Khoảng một nửa các nghiên cứu hình ảnh lẻ tẻ ở trẻ em bị động kinh khởi phát mới liên quan đến động kinh cục bộ được công bố là bất thường; 15-20% các nghiên cứu hình ảnh thu được thông tin có lợi về nguyên nhân hoặc động kinh cục bộ, và 2-4% thu được thông tin có khả năng thay đổi về phương pháp điều trị [3]. Mặt khác, hơn 5% số lần quét được thực hiện trên người trưởng thành khỏe mạnh cho thấy các phát hiện ngẫu nhiên. Một số nghiên cứu đã cho thấy sự phổ biến của hình ảnh thần kinh bất thường ở trẻ em bị cơn động kinh cấp. Tỷ lệ phát hiện hình ảnh thần kinh bất thường trong các nghiên cứu này dao động trong khoảng 0-38,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi đã nghiên cứu trên 112 trẻ em bị động kinh và chẩn đoán hình ảnh thần kinh được thực hiện ở 79 trẻ và kết quả cộng hưởng từ bất thường được thấy ở 57 bệnh nhân (28,5%) nhiều hơn so với các nghiên cứu trước đây. Sự khác biệt này có thể do những phát hiện bất thường trên cộng hưởng từ có mối quan hệ đáng kể với tuổi lớn, tiền sử gia đình mắc bệnh động kinh và khám thực thể thần kinh bất thường. Không có mối quan hệ đáng kể với giới, loại động kinh (toàn thể hoặc cục bộ). Sharma [6] đã điều tra 500 trẻ em bị co giật do sốt mới khởi phát ở khoa cấp cứu. Chẩn đoán hình ảnh hệ thần kinh được thực hiện ở 475 trẻ em và tỷ lệ 8%, như báo cáo chẩn đoán hình ảnh thần kinh bất thường có ý nghĩa lâm sàng. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy rằng có một mối tương quan đáng kể giữa loại động kinh và phát hiện bất thường trong chẩn đoán hình ảnh hệ thần kinh.

Các nghiên cứu khác đã khuyến cáo rằng một cơn động kinh khởi phát cấp từng phần thường tương quan với hình ảnh thần kinh bất thường không phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Khodapanahandeh và Hadizadeh [4] đã cho thấy có 10% trẻ em liên quan đến cơn co giật do sốt (không phải động kinh) có hình ảnh thần kinh bất thường và hầu hết trong số họ cũng được kiểm tra thần kinh bất thường. Trong một số báo cáo, độ tuổi thấp có liên quan đến các bất thường về hình ảnh hệ thần kinh. Mohamed đã báo cáo các bất thường về cộng hưởng từ với tần suất ở bệnh nhân động kinh nhiều hơn nghiên cứu của chúng tôi (38,6% so với 28,5%). Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về tuổi của dân số trong mẫu. Tỷ lệ tổn thương não theo phân loại tổn thương tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Kalnin và cộng sự xác định tần suất bất thường cộng hưởng từ ở trẻ em với

cơn động kinh được công nhận đầu tiên khoảng 31%. Phì đại thất trái và thiếu máu não cục bộ là những bất thường phổ biến nhất được báo cáo trong nghiên cứu này là hoàn toàn khác so với kết quả của chúng tôi. Trong một nghiên cứu tương tự, Berg et al đã nghiên cứu trên 488 trẻ em bị động kinh mới được chẩn đoán với 12,7% bệnh nhân cho thấy những bất thường có ý nghĩa trên cộng hưởng từ. Nghiên cứu hiện tại tập trung vào sự xuất hiện dị dạng, tiền sử gia đình mắc bệnh động kinh liên quan đến tỷ lệ bất thường cộng hưởng từ não cao hơn mà trong các nghiên cứu trước đây không được kiểm tra.

Chúng tôi đề nghị sử dụng điện não đồ để xác nhận động kinh và thực hiện chụp cộng hưởng từ cho bệnh nhân khi khám thực thể có bất thường, khiếm khuyết thần kinh khu trú hoặc bất thường điện não đồ khu trú. Cộng hưởng từ như một phương pháp chẩn đoán hình ảnh thần kinh hiệu quả được đề nghị thực hiện cho trẻ em bị động kinh có bằng chứng về tiền sử gia đình mắc bệnh động kinh, ngoại hình dị dạng, kiểm tra thần kinh thực thể bất thường và tuổi lớn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nên được kiểm chứng với một nhóm bệnh nhân lớn khác hoặc bằng một nghiên cứu thử nghiệm khác trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa bất hình ảnh cộng hưởng từ não bất thường với đặc điểm lâm sàng

và biến đổi điện não đồ ở trẻ bị động kinh. Chúng tôi đề nghị sử dụng điện não đồ để xác định động kinh và chụp cộng hưởng từ cho các bệnh nhân có thể chất bất thường, có dấu thần kinh khu trú hoặc bất thường khu trú trên điện não đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Centers for Disease C, Prevention (2005)**, "Prevalence of epilepsy and health-related quality of life and disability among adults with epilepsy--South Carolina, 2003 and 2004", MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 54(42), pp. 1080-2.
- 2 **Farrell K, Wirrell E, Whiting S (2006)**, "The definition and prediction of intractable epilepsy in children", Adv Neurol, 97(pp. 435-42).
- 3 **Gaillard WD, Chiron C, Cross JH, et al (2009)**, "Guidelines for imaging infants and children with recent-onset epilepsy", Epilepsia, 50(9), pp. 2147-53.
- 4 **Khodapanahandeh F, Hadizadeh H (2006)**, "Neuroimaging in children with first afebrile seizures: to order or not to order?", Arch Iran Med, 9(2), pp. 156-8.
- 5 **Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Davidian H, et al (2006)**, "Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran", Seizure, 15(7), pp. 476-82.
- 6 **Sharma S, Riviello JJ, Harper MB, et al (2003)**, "The role of emergent neuroimaging in children with new-onset afebrile seizures", Pediatrics, 111(1), pp. 1-5.
- 7 **Singh A, Trevick S (2016)**, "The Epidemiology of Global Epilepsy", Neurol Clin, 34(4), pp. 837-847.
- 8 **Wright NB (2001)**, "Imaging in epilepsy: a paediatric perspective", Br J Radiol, 74(883), pp. 575-89.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ ACT LIỀU DÀY TRONG ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ TRƯỚC UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN LAN RỘNG VÙNG KHÔNG CÓ KHẢ NĂNG PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN K TỪ 2015-2018

Đỗ Huyền Nga¹, Nguyễn Tiến Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tỷ lệ đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ ACT liều dày trong điều trị bổ trợ trước ung thư vú giai đoạn lan rộng tại vùng không có khả năng phẫu thuật triệt căn.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng một nhóm không đối chứng, chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân

đủ tiêu chuẩn, cỡ mẫu gồm 32 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn lan rộng tại vùng không phẫu thuật triệt căn được ngay từ đầu và được điều trị tại khoa Nội 1 – Bệnh viện K từ tháng 7/2015 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình 50,4; Giai đoạn T4 chiếm 50%, N2 chiếm 65,6%; GPB: Ung thư biểu mô thể ống xâm lấn chiếm 68,8%; Nhóm bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ cao 40,6%; Nồng độ CA15-3 tăng cao ở 46,9%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 12,5%, chủ yếu đáp ứng một phần chiếm 75%; Phẫu thuật tiền hành trên 25 bệnh nhân (78,1%) sau hóa trị bổ trợ trước trong đó 18/25 ca phẫu thuật triệt căn; Độc tính: chủ yếu ở mức độ nhẹ 1-2, không ảnh hưởng đến liệu trình điều trị. Hạ bạch cầu trung tính có sốt gặp ở 0,78% các lượt truyền, nôn độ 4 gặp 1 trường hợp và kiểm soát tốt khi vào viện. **Kết luận:** Kết quả nghiên

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: dhnga1@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

cứu khẳng định phác đồ này cho hiệu quả điều trị cao, khả năng dung nạp tốt, hạn chế độc tính huyết học do có sự hỗ trợ của thuốc tăng bạch cầu dự phòng.

SUMMARY

EVALUATION EFFICIENCY OF NEOADJUVANT DENSE DOSE ACT REGIMEN IN LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER WITHOUT CURATIVE SURGERY AT HOSPITAL K SINCE 2015 TO 2018

Objectives: To evaluate the response rate and the number of side effects of dose dense ACT regimens in neoadjuvant therapy to locally advanced breast cancer where curative surgery is not available. **Subjects and methods:** a retrospective study combined with a prospective study was performed on 32 locally advanced breast cancer patients who did not have curative surgery treated at Department of Internal Medicine 1 from 7/2015 to 12/2018. Results: Common age is 50.4; T4 stage accounted for 50%, N2 accounted for 65.6%; Pathology: Invasive ductal carcinoma accounted for 68.8%; The triple negative group accounted for 40.6%; CA15-3 concentration increased at 46.9%. The complete response rate reached 12.5%, partial response rate is 75%; The surgery was performed on 25 patients (78.1%) after neoadjuvant chemotherapy in which 18/25 curative surgeries; Toxicity: Mainly toxicity is mild with grade 1-2 and does not affect the treatment course. Lower neutrophil and fever accounted for 0.78% of transfusions, level 4 vomiting has 1 case and good control when hospitalized. **Conclusion:** The results confirm that this regimen has a high therapeutic effect, good tolerability and limited hematological toxicity due to the support of prophylactic leukocytosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2018, ung thư vú (UTV) có tỷ lệ mắc cao nhất và là nguyên nhân tử vong do ung thư hàng đầu ở nữ giới. Tại Việt Nam, năm 2018 có 15.229 trường hợp mới mắc và 6103 trường hợp tử vong do ung thư vú [1]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong sàng lọc, phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị ung thư vú nhưng tỷ lệ bệnh nhân đến viện giai đoạn muộn vẫn còn cao và tiên lượng sống thêm của nhóm bệnh nhân này còn thấp [2].

Với nhóm bệnh nhân UTV giai đoạn lan rộng tại vùng (LRTV) không phẫu thuật triệt căn được ngay từ đầu, hóa trị bổ trợ trước hoặc hóa trị chuyển đổi được coi là sự lựa chọn tốt nhất với mục đích tối ưu hóa tỷ lệ đáp ứng, giảm giai đoạn bệnh và tiến tới khả năng phẫu thuật triệt căn cho người bệnh [2],[3].

Các nghiên cứu gần đây cho thấy phác đồ ACT liều dày với sự hỗ trợ của thuốc kích thích phát triển dòng bạch cầu hạt (G-CSF: Granulocyte Colony Stimulating Factors) là phác đồ có thể thực hiện được, khả năng dung nạp

tốt, hiệu quả cao, cải thiện kết quả điều trị và đã được nghiên cứu trong nhiều thử nghiệm lâm sàng ở giai đoạn bổ trợ, giai đoạn bổ trợ trước trên thế giới và tại Việt Nam.

Tại Việt Nam, phác đồ ACT liều dày đã được đưa vào điều trị bổ trợ, bổ trợ trước ung thư vú từ năm 2014-2015. Tuy nhiên hiệu quả của phác đồ ACT liều dày trên nhóm bệnh nhân UTV giai đoạn LRTV không có khả năng phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu chưa được ghi nhận trong nghiên cứu nào. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu ghi nhận tỷ lệ đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu: 32 bệnh nhân UTV giai đoạn LRTV không phẫu thuật triệt căn được ngay từ đầu được điều trị tại khoa Nội 1 từ năm 7/2015 đến 12/2018 (10 bệnh nhân hồi cứu và 22 bệnh nhân tiến cứu).

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi 18 – 65, giới nữ
- Đáp ứng đủ tiêu chuẩn UTV giai đoạn LRTV không có khả năng phẫu thuật triệt căn tại thời điểm chẩn đoán qua khám lâm sàng và phương tiện chẩn đoán hình ảnh.
- Được điều trị ít nhất 4 chu kỳ AC liều dày
- Bệnh nhân đồng ý điều trị phác đồ liều dày và chi trả thuốc G-CSF bước 1.
- Bệnh nhân không có chỉ định điều trị phối hợp với thuốc điều trị đích (kháng Her2 neu) hoặc kháng VEGFR do không có bộc lộ quá mức Her2 hoặc không có điều kiện điều trị.
- Chức năng tổng máu thất trái (EF) bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh tiến triển trước khi kết thúc 4 chu kỳ AC liều dày.
- Bệnh nhân có bệnh phổi hợp nặng.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Hồi cứu kết hợp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng một nhóm không đối chứng, chọn mẫu toàn bộ.

3. Quy trình nghiên cứu:

- 3.1. Xét nghiệm thường quy trước điều trị
- 3.2. Phác đồ nghiên cứu ACT liều dày
 - Doxorubicin 60 mg/m² pha HTM 0,9%/HTN 5%TMC 10-15 phút ngày 1
 - Cyclophosphamid 600 mg/m² pha HTN 5%TMC 60-90 phút ngày 1
 - G-CSF 30 MUI tiêm dưới da từ ngày 3 x 5-9 ngày tùy mức độ giảm bạch cầu của bệnh nhân hoặc Pegfilgrastim 6 mg x 1 ống tiêm dưới da ngày 2 (sau kết thúc hóa trị 24h)
 - Chu kỳ AC liều dày mỗi 2 tuần x 4 chu kỳ

Sau đó chuyển phác đồ
- Paclitaxel 175 mg/m² pha HTN 5%/HTM
0,9% truyền trong 2 giờ

Chu kỳ 2 tuần x 4 chu kỳ

3.3. Đánh giá đáp ứng sau 4 chu kỳ hoặc khi
nghi bệnh tiến triển

3.4. Phẫu thuật

3.5. Phác đồ điều trị bổ trợ sau phẫu thuật:
hóa trị, nội tiết, điều trị đích, xạ trị bổ trợ.

4. Đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu đã được thông qua
tại hội đồng thông qua đề cương cấp cơ sở Bệnh
viện K năm 2018

- Các thông tin của người bệnh được bảo mật.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

5. Phân tích và xử lý số liệu. Sử dụng
phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng UTV
lan rộng**

Đặc điểm lâm sàng		n (%)
Tuổi trung bình	50,4 (21-65 tuổi)	
cT	cTx	2 (6,3)
	cT1-2	6 (18,8)
	cT3	8 (25,0)
	cT4a	3 (9,4)
	cT4b	8 (25,0)
	cT4c	1 (3,1)

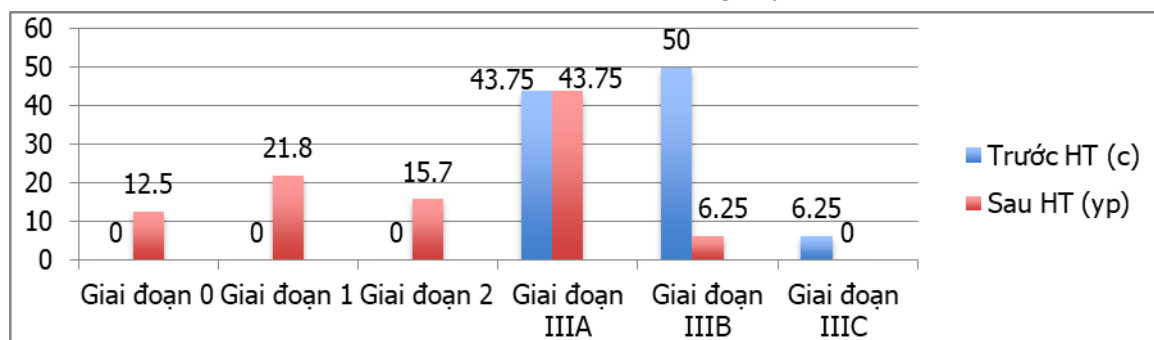
cN	cT4d	4 (12,5)
	cN0	2 (6,3)
	cN1	7 (21,9)
	cN2	21 (65,6)
	cN3ips	2 (6,3)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là
trẻ (50,4 tuổi); có 4 bệnh nhân (12,5%) ung thư
vú thể viêm, 2 bệnh nhân có di căn hạch thượng
đòn cùng bên tại thời điểm chẩn đoán.

**Bảng 2: Một số đặc điểm cận lâm sàng
UTV lan rộng**

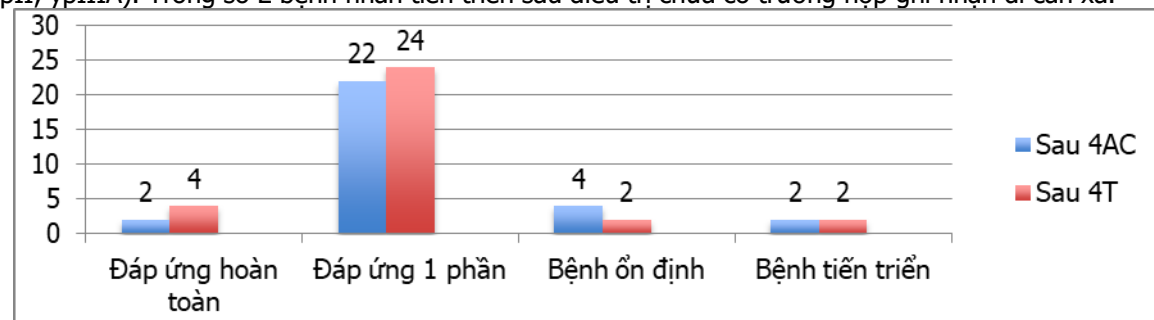
Đặc điểm Cận lâm sàng		n (%)
Giải phẫu bệnh lý	Tiểu thùy	8 (25,0)
	Thế ống	22 (68,8)
	Khác	2 (6,2)
Hóa mô miễn dịch	Luminal A	4 (12,5)
	Luminal B	5 (15,6)
	Her (+)	10 (31,3)
	Bộ ba âm tính	13 (40,6)
Nồng độ CEA	Cao	5 (15,6)
	Bình thường	27 (84,4)
Nồng độ CA15-3	Cao	15 (46,9)
	Bình thường	17 (53,1)

Nhận xét: Giải phẫu bệnh chủ yếu thuộc
nhóm ung thư biểu mô thể ống xâm lấn
(68,6%). Nhóm bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ cao
nhất 40,6%. Nồng độ CA 15-3 cao gấp 46,9%
các trường hợp.



Biểu đồ 1. Giai đoạn bệnh trước và sau hóa trị

Nhận xét: Sau điều trị có 19 bệnh nhân chuyển sang giai đoạn phẫu thuật triệt căn được (yp0, ypI, ypII, ypIIIA). Trong số 2 bệnh nhân tiến triển sau điều trị chưa có trường hợp ghi nhận di căn xa.



Biểu đồ 2. Đáp ứng sau hóa trị

Nhận xét: Chủ yếu bệnh đáp ứng 1 phần, có 4 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn và khẳng định trên giải phẫu bệnh sau mổ không còn tế bào ung thư.

Bảng 3. Tỷ lệ phẫu thuật UTV sau hóa trị hỗ trợ trước

Phẫu thuật		n	%
Không PT	Không đủ tiêu chuẩn PT	5	15,6
	Từ chối PT	2	6,2
Có PT	Triệt căn	18	56,3
	Triệu chứng	7	21,9
Tổng		32	100%

Nhận xét: Có 19 bệnh nhân chiếm 59,4%

Bảng 5. Tỷ lệ độc tính trên hệ tạo huyết (số chu kỳ điều trị)

Độc tính	Độ 0		Độ 1- 2		Độ 3 - 4	
	n	%	n	%	n	%
Hạ BC	129	20,2	492	76,7	19	3,1
Hạ BC TT	250	39,1	375	58,6	15	2,3
Hạ BC TT có sốt	5/640 đợt truyền (0,78%)					
Thiếu máu	300	46,9	340	53,1	0	0
Hạ Tiểu cầu	500	78,1	140	21,9	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ hạ bạch cầu gặp 79,8%, chủ yếu độ 1-2 không gây ảnh hưởng phức đồ điều trị. Chỉ có 0,78% gặp hạ BC trung tính có sốt.

Bảng 6. Tỷ lệ độc tính ngoài hệ tạo huyết (số bệnh nhân)

Độc tính	Độ 0 (n/%)	Độ 1-2 (n/%)	Độ 3-4 (n/%)
Nôn-buồn nôn	5/15,6	26/81,3	1/3,1
Viêm miệng	25/78,1	7/21,9	0
Tiêu chảy	30/93,8	2/6,3	0
Phù ngoại vi	12/37,5	20/62,5	0
Mệt mỏi	3/9,4	29/90,6	0
RLTK ngoại vi	5/15,6	27/84,4	0
Tăng men gan	28/87,5	4/12,5	0
RLCN thận	32/100	0	0

Nhận xét: Các độc tính ngoài hệ tạo huyết thường gặp buồn nôn-nôn, mệt mỏi (90,6%), rối loạn thần kinh ngoại vi (84,4%).

IV. BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng UTV giai đoạn LRTV không phẫu thuật được

1.1. Tuổi. Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu này là 50,4 tuổi thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 65 tuổi, tuổi trung bình cao hơn so với các nghiên cứu khác như của Phùng Thị Huyền (2017) tuổi trung bình là 49 tuổi [2] và R.Catane là 45 tuổi [4]

1.2. Giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 16 bệnh nhân có u nguyên phát lan rộng tại chỗ (T4) chiếm tỷ lệ 50%, trong đó có 4 bệnh nhân (12,5%) ung thư vú thể viêm. 65,6% bệnh nhân có di căn hạch vùng xếp giai đoạn

đạt được hiệu quả giảm khối u đủ tiêu chuẩn có thể phẫu thuật triệt căn, tuy nhiên có 1 bệnh nhân từ chối điều trị phẫu thuật.

Bảng 4. Sống thêm không tiến triển bệnh và sống thêm toàn bộ tại các thời điểm

Thời điểm đánh giá	ST KTTB		ST TB	
	n	%	n	%
6 tháng	28	87,5	32	100
12 tháng	22	68,8	30	93,4
18 tháng	12	37,5	26	81,3
24 tháng	8	25	19	59,3

Nhận xét: tỉ lệ sống thêm không tiến triển bệnh và sống thêm toàn bộ đạt lần lượt 25% và 59,3% tại thời điểm 24 tháng.

cN2 và đặc biệt có 2 bệnh nhân di căn hạch thượng đòn cùng bên được xác chẩn bằng tế bào học dương tính. Theo nghiên cứu của Minghao và cộng sự đánh giá về vai trò hóa trị hỗ trợ trước trong UTV lan rộng tại vùng, tỷ lệ bệnh nhân cT4 là 26,2%, di căn hạch nách cùng bên là 88,5% [5].

1.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Tỷ lệ bệnh nhân ung thư tiểu thùy trong nghiên cứu của chúng tôi là 25% cao hơn so với các nghiên cứu khác có thể lý giải do thể tiểu thùy thường diễn tiến chậm trong thời gian dài trước khi bệnh nhân được chẩn đoán và người bệnh thường chủ quan và chẩn đoán ở giai đoạn đã muộn [6].

Hai chất chỉ điểm u thường được sử dụng trên lâm sàng đánh giá trước trong và sau điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ CEA cao trước điều trị chỉ chiếm 15,6% và tỷ lệ CA15-3 cao chiếm 46,9%. Hai chất chỉ điểm u CEA và CA15-3 có thể có độ nhạy không cao trong UTV giai đoạn LRTV, tuy nhiên phối hợp cả 2 chất chỉ điểm có thể giúp tăng độ nhạy và độ đặc hiệu trong theo dõi điều trị.

2. Kết quả điều trị

2.1. Thay đổi giai đoạn sau điều trị

Mục đích hóa trị hỗ trợ trong UTV giai đoạn LRTV là làm giảm kích thước và giai đoạn khối u, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật hoặc "hóa trị chuyển đổi" giúp giảm giai đoạn khối u từ

không phẫu thuật được thành phẫu thuật được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 16 bệnh nhân (50%) chuyển sang giai đoạn yp0, ypI, ypII và 3 bệnh nhân chuyển giai đoạn ypIIIA có khả năng phẫu thuật triệt căn sau hóa trị. Có 2 bệnh nhân tiến triển sau hóa trị tân bổ trợ 4AC liều dày, tuy nhiên tại thời điểm kết thúc 4T, không có trường hợp nào được ghi nhận tiến triển sang giai đoạn di căn xa. 4 trường hợp đáp ứng hoàn toàn với hóa trị bổ trợ trước trên lâm sàng, tuy nhiên chỉ có 3 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn do 1 bệnh nhân từ chối tiếp tục hóa trị và cả 3 bệnh nhân này đều được khẳng định bằng giải phẫu bệnh sau mổ vú không còn tế bào ung thư và hạch nách không có di căn ung thư. Không có bệnh nhân nào trong 3 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn sau khi đạt đáp ứng hoàn toàn do bệnh nhân không được đánh dấu bằng định vị kim dây vị trí u nguyên phát trước phẫu thuật.

2.2. Đánh giá đáp ứng sau điều trị ACT liều dày. Trong nghiên cứu này, có 4 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (12,5%), trong đó 3 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn về giải phẫu bệnh. Nghiên cứu R.Catane và cộng sự ghi nhận tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với phác đồ ACT liều dày tân bổ trợ là 18%[4], tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do giai đoạn bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu này bao gồm cả nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm hơn hóa trị bổ trợ trước với mục đích tiến hành phẫu thuật bảo tồn. Lần lượt tỷ lệ đáp ứng một phần trong nghiên cứu của chúng tôi là 75% tương tự như ghi nhận của R.Catane là 72%, nhóm không có đáp ứng sau đủ 8 chu kỳ là 12,5%, nghiên cứu của Catane là 10% [4].

2.3. Phẫu thuật sau hóa trị bổ trợ trước

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 20 bệnh nhân (62,5%) đã được chuyển đổi thành công sang nhóm có thể phẫu thuật triệt căn được, tuy nhiên do 2 bệnh nhân từ chối nên chỉ còn 18 bệnh nhân (56,3%) được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi. Có 21,9% bệnh nhân vẫn được tiến hành phẫu thuật nhưng chỉ là phẫu thuật mang tính chất triệu chứng.

Đối với nghiên cứu của R.Catane trên 53 bệnh nhân UTV được hóa trị bổ trợ trước, chỉ có 8 bệnh nhân thuộc nhóm không phẫu được ngay từ đầu, sau hóa trị bổ trợ trước 80% bệnh nhân được phẫu thuật lấy u bảo tồn tuyến vú [4].

2.4. Sống thêm tại thời điểm 6 tháng, 1 năm, 18 tháng và 24 tháng

Tại các thời điểm đánh giá 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng, tỷ lệ STKTTB và STTT lần lượt và 87,5%; 68,8%; 37,5%; 25% và 100%; 93,4%;

81,3%; 59,3%.

Theo ghi nhận nghiên cứu của R.Catane và cộng sự, tỷ lệ sống thêm không tái phát và sống thêm không di căn xa > 1 năm của các bệnh nhân UTV giai đoạn LRTV được phẫu thuật đạt tỷ lệ là 91,8% và 87,8%, tại thời điểm 2 năm là 44,8 và 31%, sau 3 năm chỉ còn 12,5 và 25%.

3. Khả năng dung nạp phác đồ

3.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính trên hệ tạo huyết phác đồ ACT liều dày thấp hơn so với phác đồ AC chu kỳ 3 tuần do bệnh nhân được tiêm thuốc tăng bạch cầu dự phòng bước 1 ngay từ khi bắt đầu hóa trị. Hạ bạch cầu và hạ bạch cầu trung tính gặp chủ yếu trong giai đoạn điều trị 4T do giai đoạn này không còn tiêm thuốc tăng bạch cầu dự phòng. Chỉ có 5 lượt điều trị có xuất hiện hạ bạch cầu có biến chứng sốt (chiếm <1%) tương đương với nghiên cứu của Minhao Wang và cộng sự [5]. Các độc tính hệ tạo huyết phần lớn ở mức độ nhẹ, hồi phục được và không làm ảnh hưởng đến phác đồ điều trị của người bệnh.

3.2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết

Phác đồ AC được khuyến cáo là phác đồ có nguy cơ nôn và buồn nôn rất cao. Tuy mọi bệnh nhân được sử dụng phác đồ chống nôn bậc 2 hoặc 3 phối hợp 3 thuốc (5HT3, dexamethasone và diazepam)[7] vẫn có 81,3% bệnh nhân có độc tính nôn độ 1-2, có 2 bệnh nhân phải vào viện truyền dịch chống nôn sau hóa trị do độc tính nôn độ 3-4. Minhao Wang cũng ghi nhận 1/53 bệnh nhân có biến chứng nôn độ 4 [5].

Triệu chứng tê bì thần kinh ngoại vi là tác dụng phụ khá thường gặp với phác đồ Paclitaxel, tuy nhiên do bệnh nhân chỉ truyền 4 chu kỳ nên phần lớn độc tính ở mức nhẹ 1-2 chiếm 84,4% và hồi phục được sau ngừng truyền Paclitaxel.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu khẳng định phác đồ ACT liều dày trong điều trị bổ trợ, bổ trợ trước cho bệnh nhân UTV giai đoạn sớm và giai đoạn LRTV cho hiệu quả điều trị cao, khả năng dung nạp tốt hạn chế độc tính huyết học do có sự hỗ trợ của thuốc tăng bạch cầu dự phòng.

KHUYẾN NGHỊ

Nên có sự hỗ trợ để 100% bệnh nhân được sử dụng thuốc tăng bạch cầu dự phòng cho phác đồ ACT liều dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Globocan (2018). Global Cancer Observatory. <<http://gco.iarc.fr/>>, accessed: 02/25/2020.
2. Phùng Thị Huyền (2016). Đánh giá kết quả hoá trị bổ trợ kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung

- thư vụ giai đoạn II, III, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **General principles** of neoadjuvant management of breast cancer. <[https:// www.uptodate.com/contents/general-principles-of-neoadjuvant-management-of-breast-cancer](https://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-neoadjuvant-management-of-breast-cancer)>.
 4. **R. Catane and B. Kauffman (2010)**. Dose-dense neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. *J Clin Oncol*, **23(16)**, 807–10.
 5. **Wang M., Hou L., Chen M., et al. (2017)**. Neoadjuvant Chemotherapy Creates Surgery Opportunities For Inoperable Locally Advanced Breast Cancer. *Sci Rep*, **7(1)**, 44673.
 6. **Pierga J.-Y., Mouret E., Laurence V., et al. (2003)**. Prognostic factors for survival after neoadjuvant chemotherapy in operable breast cancer. *European Journal of Cancer*, **39(8)**, 1089–1096.
 7. **Ustaalioglu B.B.O., Gumus M., Bilici A., et al. (2010)**. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced breast cancer: a single center experience. *Med Oncol*, **27(2)**, 454–458.

HIỆU QUẢ GẠT TÁCH BẠCH CẦU Ở MỘT SỐ BỆNH MÁU TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Dương Doãn Thiện¹, Nguyễn Hà Thanh¹, Bạch Quốc Khánh¹,
Lê Xuân Hải¹, Nguyễn Triệu Vân¹, Nguyễn Anh Trí¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả gạt tách bạch cầu ở một số bệnh máu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương. Phương pháp nghiên cứu: gồm 203 bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng cao ≥ 100 G/L (lơ xê mi cấp dòng lympho: 33 bệnh nhân; lơ xê mi cấp dòng tủy: 58 bệnh nhân; lơ xê mi kinh dòng lympho: 09 bệnh nhân và lơ xê mi kinh dòng hạt: 103 BN). Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc hiệu suất gạt tách bạch cầu ngay sau gạt, sau gạt 12 giờ và 24 giờ. Kết quả nghiên cứu: hiệu suất gạt tách bạch cầu ở thời điểm ngay sau gạt tách là 33,4%; sau gạt tách 12 giờ là 42,8% và sau 24 giờ là 60,1%. Sau gạt tách bạch cầu 24 giờ các triệu chứng ứ trệ bạch cầu giảm rõ rệt: đau lách giảm từ 56,7% xuống 18,2%; đau đầu giảm từ 46,3% xuống 5,4%; sưng chi giảm từ 4,9% xuống 1,5%; đau chi giảm từ 4,4% xuống 1,5% ($p < 0,001$).

Từ khóa: bạch cầu, lơ xê mi, gạt tách bạch cầu.

SUMMARY

EFFICIENCY OF LEUKAPHERESIS IN SOME BLOOD DISEASES AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Objectives of the study: To evaluate the effectiveness of leukapheresis in some blood diseases at National Institute of Hematology and Blood Transfusion. Research method: 203 patients had white blood cell count ≥ 100 G/L (Acute Lymphoblastic Leukemia: 33 patients; Acute Myelogenous Leukemia: 58 patients; Chronic lymphocytic leukemia: 09 patients and Chronic Myelogenous Leukemia: 103 patients). The study described cross-sectional combination with vertical monitoring of efficiency of leukapheresis after leukapheresis, after 12 hours and 24 hours. Research

results: efficiency of leukapheresis at the time immediately after leukapheresis was 33.4%; after 12 hours was 42.8% and after 24 hours was 60.1%. After leukapheresis 24 hours, the symptoms of leukostasis decreased significantly: splenic pain decreased from 56.7% to 18.2%; headache decreased from 46.3% to 5.4%; swelling of the limb decreased from 4.9% to 1.5%; Pain of the limb decreased from 4.4% to 1.5% ($p < 0.001$).

Keywords: leukocytes, leukemia, leukapheresis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gạt bạch cầu (BC) giúp làm giảm nhanh chóng số lượng BC (SLBC) sau mỗi lần gạt. Bên cạnh đó nhờ việc loại bỏ nhanh chóng các tế bào non đang lưu hành trong lòng mạch máu nên các tế bào ở vị trí ngoài mạch và vì tuần hoàn sẽ di chuyển vào khoảng trống trong lòng mạch làm giảm nguy cơ kết dính tại vi mạch [1],[2],[3],[4]. Gạt BC cũng làm giảm hội chứng tiêu khối u đặc biệt là khi BN điều trị hoá chất. Có thể tiến hành gạt BC trong các trường hợp chống chỉ định và hạn chế dùng hoá trị liệu như phụ nữ mang thai và người suy chức năng gan thận [5],[6],[7],[8]. Trong một chu kỳ gạt tách, SLBC có thể giảm được từ 10- 70%. Các chu kỳ gạt tách có thể được lặp lại hàng ngày và có thể ngừng khi hết các triệu chứng của ứ trệ BC và/hoặc SLBC giảm dưới ngưỡng "kích phát": 100 G/l đối với lơ xê mi (LXM) cấp dòng tủy và 300 G/l đối với LXM cấp dòng lympho và các thể LXM khác như lơ xê mi kinh dòng hạt (LXMKDH). Yilmaz D. và cs. (2014) cho rằng tăng BC ở những bệnh nhân (BN) LXM có liên quan đến tỷ lệ tử vong sớm, đặc biệt là do các biến chứng hô hấp và thần kinh do tắc mạch. Việc sử dụng kịp thời phương pháp gạt tách BC có thể cải thiện sự sống cho BN trong giai đoạn ban đầu.

Nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Đánh giá*

¹*Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Doãn Thiện
Email: drthienhn@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020
Ngày duyệt bài: 27.2.2020

hiệu quả gạn tách bạch cầu ở một số bệnh máu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 203 BN mắc bệnh máu ác tính có SLBC tăng cao ≥ 100 G/L như LXM cấp dòng lympho (33 BN), LXM cấp dòng tủy (58 BN), LXM kinh dòng lympho (9 BN) và LXMKD (103 BN).

*Tiêu chuẩn lựa chọn BN có chỉ định gạn tách BC điều trị:

- Bệnh nhân được chẩn đoán LXM cấp dòng lympho, LXM cấp dòng tủy, LXMKD và LXM kinh dòng lympho.

- Có số lượng bạch cầu tăng cao ≥ 100 G/L.

- Có tắc mạch hoặc nguy cơ tắc mạch.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân không có nguy cơ tắc mạch, SLBC chưa cao.

- Những bệnh nhân có kèm theo một số bệnh nội khoa như tim mạch, tâm thần kinh, viêm phổi, nhiễm trùng nặng...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiền cứu.

- Cỡ mẫu: toàn bộ gồm tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị có SLTC cao ≥ 1000 G/L, trong thời gian từ 10/2014 đến 9/2016.

- Quy trình: gạn tách BC điều trị bằng máy tách tế bào tự động OPTIA Spectra và bộ kit tương ứng theo quy trình chuẩn sách hướng dẫn quy trình kỹ thuật Huyết học – Truyền máu của Bộ Y tế và Quy trình gạn tách thực hiện tại Viện HH – TMTW.

- Các chỉ số đánh giá:

- Hiệu suất gạn tách BC: ngay sau gạn tách, sau gạn 12 giờ và 24 giờ.

Hiệu suất gạn tách (%) = $\frac{\text{SLBC trước gạn} - \text{SLBC sau gạn}}{\text{SLBC trước gạn}} \times 100$

- Một số yếu tố liên quan đến hiệu suất gạn tách BC: thể bệnh và mức độ tăng BC trước gạn

- Biến đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau gạn tách BC 24 giờ.

- Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê thường dùng trong y sinh học trên máy tính theo chương trình SPSS 22.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Hiệu suất gạn tách bạch cầu.

Thời điểm	n	SLBC (G/L) ($\bar{X} \pm SD$)	Hiệu suất (%) ($\bar{X} \pm SD$)	p
Trước gạn (1)	203	314,0 $\pm$ 127,1		
Ngay sau gạn (2)	203	208,2 $\pm$ 93,3	33,4 $\pm$ 13,2	p_1 - $p_2 < 0,001$
Sau gạn 12 giờ (3)	200	176,6 $\pm$ 90,0	42,8 $\pm$ 19,2	p_1 - $p_3 < 0,001$
Sau gạn 24 giờ (4)	196	120,3 $\pm$ 81,7	60,1 $\pm$ 21,7	p_1 - $p_4 < 0,001$

Ngay sau gạn tách BC, SLBC giảm từ 314,0 $\pm$ 127,1 G/L xuống 208,2 $\pm$ 93,3 G/L; sau gạn tách 12 giờ là 176,6 $\pm$ 90,0 G/L và sau gạn tách 24 giờ là 120,3 $\pm$ 81,7 G/L, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hiệu suất gạn tách BC ở thời điểm ngay sau gạn tách là 33,4 $\pm$ 13,2%; sau gạn tách 12 giờ là 42,8 $\pm$ 19,2% và sau 24 giờ là 60,1 $\pm$ 21,7%.

Bảng 2. Liên quan thể bệnh và hiệu suất gạn tách bạch cầu.

Thời điểm	Hiệu suất gạn tách bạch cầu ($\bar{X} \pm SD$)			
	ALL (1) n= 33	AML (2) n= 58	CLL (3) n= 9	CML (4) n= 103
Ngay sau gạn	38,5 $\pm$ 17,8	38,2 $\pm$ 12,1	38,2 $\pm$ 10,2	28,7 $\pm$ 10,4
	$p_{1, 2, 3-4} < 0,001$			
Sau gạn 12 giờ	n= 31 53,7 $\pm$ 27,7	n= 58 46,9 $\pm$ 19,8	n= 9 31,9 $\pm$ 10,0	n= 102 38,1 $\pm$ 13,7
	$p_{1, 2-3, 4} < 0,05$			
Sau gạn 24 giờ	n= 30 72,4 $\pm$ 23,6	n= 58 67,4 $\pm$ 20,7	n= 9 38,8 $\pm$ 18,4	n= 99 54,0 $\pm$ 18,5
	$p_{1, 2, 3-4} < 0,05$			

ALL: LXM cấp dòng lympho; AML: LXM cấp dòng tủy; CLL: LXM kinh dòng lympho; CML: LXM kinh dòng hạt;

Ngay sau gạn tách, hiệu suất gạn tách BC ở các nhóm LXM cấp dòng lympho (38,5%), LXM cấp dòng tủy (38,2%) và LXM kinh dòng lympho (38,2%) cao hơn so với nhóm LXM kinh dòng

hạt (28,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Sau gạn tách 12 giờ, hiệu suất gạn tách BC ở nhóm LXM cấp dòng lympho (53,7%) và LXM cấp dòng tủy (46,9%) cao hơn so với nhóm LXM kinh dòng lympho (31,9%) và LXMKD (38,1%). Sau gạn tách 24 giờ, hiệu suất gạn tách BC ở

nhóm LXM cấp dòng lympho (72,4%), LXM cấp dòng tủy (676,4%) và LXMKDHD (54,0%) cao hơn so với nhóm LXM kinh dòng tủy (38,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan mức độ tăng bạch cầu và hiệu suất gan tách bạch cầu.

Thời điểm	Hiệu suất gan tách bạch cầu ($\bar{X} \pm SD$)				p
	SLBC <300 G/l		SLBC $\geq$ 300 G/l		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Ngay sau gan	116	32,7 $\pm$ 12,8	87	34,4 $\pm$ 13,7	>0,05
Sau gan 12 giờ	116	43,6 $\pm$ 19,2	84	41,6 $\pm$ 19,2	>0,05
Sau gan 24 giờ	116	59,6 $\pm$ 21,7	80	60,9 $\pm$ 21,8	>0,05

Ở các thời điểm ngay sau gan tách BC, sau gan 12 giờ, 24 giờ, hiệu suất gan BC của nhóm có SLBC <300 G/l không khác biệt so với nhóm có SLBC $\geq$ 300 G/l ($p > 0,05$).

Bảng 4. Biến đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau 24 giờ gan tách bạch cầu.

Triệu chứng	Trước (n= 203)	Sau (n= 203)	p
Đau lách	115 (56,7%)	37 (18,2%)	<0,001
Sưng đau dương vật	1 (0,5%)	0	-
Liệt	1 (0,5%)	1 (0,5%)	-
Đau đầu	94 (46,3%)	11 (5,4%)	<0,001
Tím đầu chi	1 (0,5%)	0	-
Sưng chi	10 (4,9%)	3 (1,5%)	<0,001
Đau chi	9 (4,4%)	3 (1,5%)	<0,001
Nóng chi	1 (0,5%)	0	-
Tê bì chi	1 (0,5%)	0	-

Sau gan tách BC 24 giờ các triệu chứng ứ trệ BC giảm rõ rệt. Triệu chứng đau lách giảm từ 56,7% xuống còn 18,2%; đau đầu giảm từ 46,3% xuống 5,4%; sưng chi giảm từ 4,9% xuống 1,5%; đau chi giảm từ 4,4% xuống 1,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau gan tách BC, các trường hợp đã bị liệt không có biểu hiện phục hồi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu suất gan tách bạch cầu. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu suất gan tách BC ở thời điểm ngay sau gan tách là 33,4 $\pm$ 13,2%; sau 12 giờ là 42,8 $\pm$ 19,2% và sau 24 giờ là 60,1 $\pm$ 21,7%. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến hiệu suất gan tách BC thấy ngay sau gan tách, hiệu suất gan tách BC ở các nhóm LXM cấp dòng lympho (38,5%), LXM cấp dòng tủy (38,2%) và LXM kinh dòng lympho (38,2%) cao hơn so với nhóm LXMKDHD (28,7%), ($p < 0,001$). Sau gan tách 12 giờ, hiệu suất gan tách BC ở nhóm LXM cấp dòng lympho (53,7%) và LXM cấp dòng tủy (46,9%) cao hơn so với nhóm LXM kinh dòng lympho (31,9%) và LXMKDHD (38,1%). Sau gan tách 24 giờ, hiệu suất gan tách BC ở nhóm LXM cấp dòng lympho (72,4%), LXM cấp dòng tủy (676,4%) và LXMKDHD (54,0%) cao hơn so với nhóm LXM kinh dòng tủy (38,8%), ($p < 0,05$). Hiệu suất gan BC ở các thời điểm ngay sau gan tách

BC, sau gan 12 giờ, 24 giờ của nhóm có SLBC <300 G/l không khác biệt so với nhóm có SLBC $\geq$ 300 G/l ($p > 0,05$), (bảng 1, 2 và 3).

Kết quả này tương kết quả nghiên cứu của Bruserud O. (2013) [5] phân tích 35 chu kỳ gan tách BC (16 BN LXM cấp dòng tủy) thấy số chu kỳ gan tách trung bình là 2,2/BN (từ 1- 6 chu kỳ). SLBC trước khi gan tách là 309G/l (từ 104-935G/l). Sau khi gan tách, SLBC giảm 71%, giảm 219 G/l. Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào trong hoặc ngay sau khi kết thúc gan tách BC. Các tác giả cho rằng gan tách BC là thủ thuật an toàn và hiệu quả để điều trị các biến chứng do tăng BC đe dọa tính mạng, tuy nhiên cần phải kết hợp với hóa trị sớm.

Grèze V. và cs. (2014) [6] đã tiến hành 16 lượt gan tách BC trên máy Cobe Spectra cho 7 trẻ em mắc bệnh LXM cấp có hội chứng tăng BC thấy tuổi trung bình của các trẻ em là 12,3 tuổi (0,2- 16,7 tuổi), trọng lượng cơ thể là 49 kg (5-61 kg). Trung vị của SLBC là 478 G/l (108- 988 G/l). SLBC giảm trung bình sau mỗi lần gan tách BC là 33% (0%- 69%) và sau khi hoàn thành chu kỳ điều trị giảm 62% (11%- 94%). Yilmaz D. và cs. (2014) hồi cứu hồ sơ của 12 trẻ em bị bệnh LXM cấp và có tăng BC: SLBC trung bình lúc chẩn đoán là 589 G/L (từ 389 G/L- 942 G/L) ở BN LXM cấp dòng lympho và 232 G/L (từ 200 G/L- 282 G/L) ở BN LXM cấp dòng tủy. Gan tách BC qua ống thông tĩnh mạch trung ương và tiến hành gan tách BC theo chu kỳ 12 giờ/lần. Tổng cộng đã thực hiện 29 chu kỳ/12 trẻ em; trung bình mỗi BN 2 lần gan tách BC (từ 1- 4 chu kỳ) thấy SLBC tuyệt đối và tỷ lệ BC giảm trung bình sau chu kỳ đầu tiên là 113 G/L (từ 55 G/L- 442 G/L) và 36% (từ 16- 57,4%).

Tendulkar Anita A. và cs. (2017) [8] gan tách BC cho 10 BN (8 nam và 2 nữ; LXMKDHD: 6 BN và LXM cấp dòng tủy: 4 BN) thấy 07 BN được điều trị hydroxyurea trước khi gan tách BC trước 24 giờ. Sau các chu kỳ gan tách, SLBC giảm từ 312 $\pm$ 134,56G/l xuống 208,3 $\pm$ 120,66G/l. SLBC giảm đáng kể ở tất cả các BN sau 1,6 chu kỳ gan tách

BC với mức giảm trung bình là $107,1 \pm 32,06$ G/l (39,9% so với số lượng ban đầu; $p < 0,05$). Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giảm SLBC giữa BN LXMKD (31,12%) và LXM cấp dòng tủy (40,62%). BN LXM cấp dòng tủy có SLTC và nồng độ canxi trung bình thấp hơn.

Ở Việt Nam, Nguyễn Hà Thanh (2003) [4] gạn tách BC cho 40 BN LXMKD giai đoạn mạn tính thấy sau gạn tách BC, SLBC giảm đáng kể (từ 170 G/l xuống còn 144,8 G/l ngay sau gạn và sau gạn 24 giờ là 113,5 G/l), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lê Phương Anh (2008) [1] gạn tách BC cho 40 BN LXMKD thấy SLBC giảm từ 371,77 G/l xuống còn 254,36 G/l (sau gạn 1 giờ) và 230,0 G/l (sau gạn 24 giờ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt SLBC ở thời điểm 1 giờ và 24 giờ. SLBC giảm trung bình là 117,4 G/l tương đương với 31,8%. Tác giả cũng thấy 85% BN LXMKD đạt hiệu quả giảm trên 20% SLBC trong đó 60% BN đạt hiệu quả giảm BC tối ưu. 100% BN LXM cấp đạt hiệu quả giảm trên 20% SLBC ban đầu trong đó 92,8% BN đạt hiệu quả tối ưu. Hiệu quả gạn ở nhóm LXM cấp tốt hơn đáng kể so với nhóm LXMKD (tỷ lệ BN đạt hiệu quả gạn tối ưu của 2 nhóm tương ứng là 92,8% và 60%, hiệu quả giảm BC trung bình của 2 nhóm tương ứng là 53,7% và 31,8% với $p < 0,001$). Hiệu suất giảm BC tỷ lệ nghịch với SLBC trước gạn ở cả hai nhóm (LXMKD: $r = -0,375$ và LXM cấp: $r = -0,331$). Điều này cho thấy SLBC càng cao hiệu suất giảm BC sau gạn càng có xu hướng thấp vì vậy chỉ định gạn BC thực hiện sớm sẽ đem lại hiệu quả tốt hơn cho BN. Tỷ lệ BN đạt hiệu quả tối ưu ở nhóm có SLBC dưới 350 G/l cao hơn nhóm có SLBC trên 350 G/l ($p < 0,01$) vì vậy chỉ định gạn BC khi SLBC thấp hơn 350 G/l sẽ đem lại hiệu quả cao hơn.

Hoàng Nguyễn Khanh và cs. (2013) [3] so sánh 2 nhóm BN gạn tách BC: (1) nhóm LXM cấp (dòng tủy và dòng lympho) và (2) LXMKD thấy SLBC trước và sau gạn tách tương đương nhau giữa 2 nhóm ($126,97 \pm 48,91$ G/l ở nhóm LXM cấp so với $110,63 \pm 101,42$ G/l ở nhóm LXMKD, $p = 0,501$). Nhưng mức độ (%) giảm BC thì khác biệt có ý nghĩa thống kê ($39,90 \pm 18,15\%$ so với $30,02 \pm 12,25\%$, $p = 0,029$). Sau gạn tách BC, biểu hiện ứ trệ BC cũng cải thiện (7/13 BN cải thiện sau chu kỳ 1, 5/8 BN cải thiện sau chu kỳ 2 và 3/3 BN cải thiện sau chu kỳ 3). Không có trường hợp nào ứ trệ BC tử vong sau khi gạn tách BC. Phạm Liên Hương (2014), nghiên cứu 46 BN (34 BN LXM và 12 BN TTCTP) gạn tách tế bào bằng máy Cobe Spectra thấy hiệu suất giảm

BC trung bình sau 1 lần gạn là 34,7% (SLBC trung bình trước gạn là $402,7 \pm 160,6$ G/l, sau gạn là $261,5 \pm 117,2$ G/l). Sau 2 lần gạn, SLBC giảm 46,3%. Hiệu suất giảm BC sau 1 lần gạn trung bình của nhóm BN LXM cấp cao hơn nhóm LXMKD ($47,3 \pm 4,5\%$ và $32,8 \pm 7,5\%$) [2].

Các nghiên cứu về gạn BC cho BN LXM cấp cho thấy hiệu suất giảm BC cao hơn so với LXMKD, có lẽ do tỷ lệ phần trăm các tế bào blast trong bệnh LXM cấp cao nên phân lớp BC khá đồng nhất dẫn đến hiệu suất gạn BC cũng cao hơn.

4.2. Hiệu quả gạn tách bạch cầu. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau gạn tách BC 24 giờ các triệu chứng ứ trệ BC giảm rõ rệt. Triệu chứng đau lách giảm từ 56,7% xuống còn 18,2%; đau đầu giảm từ 46,3% xuống 5,4%; sưng chi giảm từ 4,9% xuống 1,5%; đau chi giảm từ 4,4% xuống 1,5% ($p < 0,001$). Sau gạn tách tế bào, các trường hợp liệt không có biểu hiện phục hồi (bảng 4). Nhận xét này tương tự kết quả nghiên cứu của Novotny và cs. (2005) [7] khi đánh giá hiệu quả của gạn BC trên BN LXM có nguy cơ ứ trệ BC thấy 10/15 BN được cải thiện nhanh chóng về tình trạng lâm sàng ngay trong và sau lần gạn đầu tiên: giảm mức độ khó thở phải phụ thuộc oxy. Tương tự như vậy 6/8 BN ở nhóm có khả năng bị ứ trệ BC cũng được cải thiện về mặt lâm sàng: giảm đau đầu, chóng mặt ù tai và giảm mức độ khó thở.

Thapa N. và cs. (2018) hồi cứu 14 BN mắc bệnh LXM cấp dòng lympho và 5 BN LXM cấp dòng tủy được gạn tách BC thấy SLBC của 19 BN trước gạn tách là 483,2 G/l (LXM cấp dòng lympho: 547,1 G/l và LXM cấp dòng tủy: 304,3 G/l); Tỷ lệ BN có triệu chứng ở hệ thần kinh trung ương là 15%, triệu chứng hô hấp là 10% và cả hai triệu chứng là 10%. Sau gạn tách lượt đầu, SLBC giảm trung bình 50,7%; SLBC giảm thêm 17,1% sau lần gạn tách thứ hai ở 6 BN). Theo dõi kết quả sớm thấy 100% BN không có bất kỳ biến chứng nào trong quá trình gạn tách.

Ở Việt Nam, Nguyễn Hà Thanh (2003) [4] điều trị cho 40 BN LXMKD giai đoạn mạn tính bằng hydroxyurea đơn thuần và phối hợp với gạn tách BC triệu chứng tắc mạch trên lâm sàng được cải thiện rõ rệt trong vòng 24 giờ sau khi được điều trị bằng gạn tách BC. Các BN có đau lách đều mất triệu chứng này nhanh chóng sau khi gạn tách BC. Tuy nhiên, biểu hiện thần kinh còn tồn tại khá lâu sau khi gạn tách BC. Lê Phương Anh (2008) [1] nghiên cứu 40 BN LXMKD và 14 BN LXM cấp có SLBC cao được điều trị gạn BC bằng máy Cobe - Spectra tại Viện

Huyết học - Truyền máu Trung ương từ tháng 10/2007 - 7/2008 thấy cả hai nhóm đều có sự cải thiện đáng kể về biểu hiện cơ năng: 50% BN hết triệu chứng đau đầu và nôn. Tỷ lệ BN có triệu chứng đau lách giảm đáng kể từ 35% xuống còn 12,5% ($p < 0,05$). Các triệu chứng thần kinh như trả lời nhầm lẫn hết ngay sau gạn. Trong khi đó biểu hiện mất thính lực không hồi phục sau 24 giờ và cả các ngày sau đó.

Như vậy, tổn thương thực thể do tăng BC là rất khó hồi phục và cần phải làm giảm nhanh chóng SLBC trước khi có biến chứng. Gạn BC cải thiện đáng kể các triệu chứng trên BN LXMKDH. Hiệu quả giảm BC sau gạn còn có vai trò tiên lượng đáp ứng điều trị với hoá chất của BN: BN giảm BC sau gạn trên 30% có tỷ lệ lui bệnh cao hơn BN giảm BC sau gạn dưới 30%.

V. KẾT LUẬN

- Hiệu suất gạn tách bạch cầu ở thời điểm ngay sau gạn tách là 33,4%; sau gạn tách 12 giờ là 42,8% và sau 24 giờ là 60,1%. Hiệu suất gạn bạch cầu của nhóm có số lượng bạch cầu < 300 G/l không khác biệt so với nhóm ≥ 300 G/l ($p > 0,05$).

- Sau gạn tách bạch cầu 24 giờ các triệu chứng ứ trệ bạch cầu giảm rõ rệt: đau lách giảm từ 56,7% xuống 18,2%; đau đầu giảm từ 46,3% xuống 5,4%; sưng chi giảm từ 4,9% xuống 1,5%; đau chi giảm từ 4,4% xuống 1,5% ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Phương Anh (2008), Nghiên cứu một số thay đổi về lâm sàng và xét nghiệm máu ở bệnh nhân

- lơ xê mi có số lượng bạch cầu cao được gạn bạch cầu, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y HN.
2. Phạm Liên Hương (2014), Nghiên cứu các thay đổi tế bào và đông máu huyết tương sau điều trị gạn tách tế bào bằng máy Cobe Spectra ở khoa huyết học bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Hoàng Nguyên Khanh, Huỳnh Đức Vĩnh Phú, Huỳnh Nghĩa và cs. (2013), "Đánh giá hiệu quả điều trị tăng bạch cầu bằng phương pháp chiết tách tế bào với máy tự động", Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, Số 5, 2013, tr. 259-264.
4. Nguyễn Hà Thanh (2003), Nghiên cứu điều trị lơ xê mi kinh dòng hạt giai đoạn mạn tính bằng hydroxyurea đơn thuần và phối hợp với ly tách bạch cầu (tại Viện Huyết học và Truyền máu), Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Bruserud Ø., Liseth K., Stamnesfet S. et al. (2013), "Hyperleukocytosis and leukocytapheresis in acute leukaemias: experience from a single centre and review of the literature of leukocytapheresis in acute myeloid leukaemia", Transfus Med., Dec;23(6):397-406.
6. Grèze V., Chambon F., Merlin E. et al. (2014), "Leukapheresis in management of hyperleukocytosis in children's leukemias", J Pediatr Hematol Oncol., 36(8): e513-7.
7. Novotny J. R., Müller-Beissenhirtz H., Herget-Rosenthal S. et al. (2005), "Grading of symptoms in hyperleukocytic leukaemia: a clinical model for the role of different blast types and promyelocytes in the development of leukostasis syndrome". Eur J Haematol., 74(6): 501-510.
8. Tendulkar Anita A., Jain Puneet A. et al. (2017), "Therapeutic leukocyte reduction for acute and chronic myeloid leukemias: A 4-year experience from an oncology center in India", Asian Journal of Transfusion Science, Volume 11, Issue 2, pp. 156- 161.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VỚI HÌNH ẢNH SỚM CỦA CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐÃ ĐƯỢC TÁI THÔNG TRONG 6 GIỜ ĐẦU

Nguyễn Quang Ân*, Nguyễn Huy Ngọc*, Nguyễn Minh Hiện**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Triệu chứng lâm sàng, cũng như hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não trong giai đoạn sớm có ý nghĩa then chốt cho việc chẩn đoán và quyết định điều trị BN ĐQ não cấp. **Mục tiêu:** Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với hình ảnh sớm của cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não được tái thông trong 6 giờ đầu. **Phương pháp:** Nghiên cứu

tiến cứu, mô tả, phân tích mối liên quan được thực hiện trên 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108, từ tháng 06/2016 đến tháng 07/2017. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân đột quỵ sẽ nặng dần theo thời gian. Điểm ASPECT cũng biến thiên theo thời gian. Dấu hiệu quay mắt quay đầu thường gặp ở những bệnh nhân có giảm tỷ trọng trên cắt lớp vi tính não hơn không giảm tỷ trọng; Các dấu hiệu hình ảnh học sớm (giảm đậm độ dưới vỏ, dấu hiệu tăng đậm độ động mạch, mờ rãnh Sylvius...) thường gặp ở nhóm thời gian muộn hơn. Mối liên quan khác: Sức cơ tay có xu hướng tăng dần theo điểm ASPECT. Điểm NIHSS càng cao hay gặp ở bệnh nhân có điểm ASPECT càng thấp. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh sớm của cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não trong 6 giờ đầu.

Từ khóa: Lâm sàng, hình ảnh nhồi máu não.

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú thọ

**Bệnh viện quân đội 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Ân

Email: Longdangtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

SUMMARY

RELATION BETWEEN CLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING OF PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION WHO RECANALIZED WITHIN THE FIRST 6 HOURS

Background: Clinical symptoms as well as brain CT imaging in early stage are critical in diagnosis and decision-making to treat patients with acute stroke. **Objective:** Analyzing the association between clinical characteristics and early CT imaging of patients with cerebral infarction who were recanalized within the first 6 hours. **Methods:** The method of the study was prospective and descriptive patients for an analysis of association on clinical characteristics for 114 patients with acute cerebral ischemic stroke in The Stroke Center of 108 Military Central Hospital from June 2016 to July 2017. **Results:** The results of stroke patients got worse over time. Their ASPECT scores also varied from time to time. The signs of turning their eyes and heads were more common in patients with hypodense on brain computerized tomography than those with no hypodense. Early signs in images (hypodense under cerebral cortex, signs of arterial hyperdense, brighter Sylvius) were more common in the groups with late admission. Other associations: Strength of arm muscle was increased as the ASPECT score. The NIHSS score was high at patients with the low ASPECT score. **Conclusion:** There was an association between clinical symptoms and early CT images in patients with cerebral infarction within the first 6 hours.

Keywords: Clinical symptoms, imagines of hemorrhagic stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ (ĐQ) là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế. Đột quỵ thiếu máu hay nhồi máu não (NMN) não chiếm tỷ lệ chủ yếu khoảng 80 - 85% các bệnh nhân (BN) ĐQ não. Các triệu chứng lâm sàng và biến đổi của chúng trong 6 giờ đầu, đặc biệt là các BN được điều trị tái thông sớm như thế nào, thời gian gần đây được nhiều nhà thần kinh học quan tâm. Bên cạnh đó việc đánh giá các hình ảnh sớm trên cắt lớp vi tính ở bệnh nhân NMN và tìm hiểu mối liên quan giữa chúng với các triệu chứng lâm sàng đang được nhiều nhà khoa học quan tâm. Vậy giữa lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính có mối liên quan gì? Liệu sự thay đổi về hình ảnh có làm thay đổi các triệu chứng hay không? Và liệu sự liên quan giữa hai yếu tố này có giúp cho các nhà lâm sàng sớm đưa ra được những quyết định đúng đắn hay không? Các tác giả trên thế

giới qua nhiều bằng chứng nghiên cứu và lâm sàng đã cho thấy triệu chứng lâm sàng, cũng như hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não trong giai đoạn sớm có ý nghĩa then chốt cho việc chẩn đoán và quyết định điều trị BN ĐQ não cấp.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với hình ảnh sớm của cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não được tái thông trong 6 giờ đầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Từ tháng 06/2016 đến tháng 07/2017, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108. Các BN này đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ sau.

Tiêu chuẩn chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐQ TMN cấp trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát. Dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐQ TMN cấp năm 2015 của Hội đột quỵ/Hội tim mạch Mỹ⁽¹⁾: Lâm sàng: Đột ngột méo miệng, đột ngột yếu nửa người, đột ngột nói ngọng, dấu hiệu mắt đờ; Chụp CLVT không có chảy máu não; Nếu BN có đột quỵ trước đó, điểm mRS từ 0-1; Tuổi BN ≥ 18 ; Thời gian dưới 6 giờ kể từ khi khởi phát đối với ĐQ NMN cấp; Đã được tái thông bằng tiêu sợi huyết hoặc bằng dụng cụ cơ học; Được sự chấp thuận của người thân BN, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có hình ảnh NMN chảy máu trên chụp CLVT; U não, sán não.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, phân tích mối liên quan.

Nội dung nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện trên 114 BN đột quỵ NMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108, nhằm đánh giá mối liên quan của các dấu hiệu lâm sàng với hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não đã được tái thông trong 6 giờ kể từ khi khởi phát: Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng của BN NMN theo các mốc thời gian 0-3 giờ, 3,1-4,5 giờ và 4,6-6 giờ; Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng của BN NMN theo thời gian; Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng của BN NMN và hình ảnh giảm tỷ trọng; Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng của BN NMN so với các mức độ điểm ASPECTS trên hình ảnh CLVT. Đánh giá mối liên quan giữa sức cơ với điểm ASPECT

Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mối liên quan với thời gian khởi phát

Bảng 1. Mối liên quan với thời gian khởi phát đột quỵ

Hình ảnh CLVT	< 3 giờ n (%)	3 - 4,5 giờ n (%)	4,6 - 6 giờ n (%)	p
Không giảm tỷ trọng (n=55)	24 (54,5)	21 (48,8)	10 (37,0)	> 0,05
Giảm tỷ trọng (n = 59)	20 (45,5)	22 (51,2)	17 (63,0)	> 0,05
Tổng (n=114)	44 (100)	43 (100)	27 (100)	-
Điểm ASPECTS ($\bar{X} \pm SD$) (n = 61)	25 (8,68 $\pm$ 1,31)	26 (8,12 $\pm$ 1,37)	10 (7,80 $\pm$ 2,20)	< 0,05
Hệ tuần hoàn não trước (n=104)	39 (88,6)	41 (95,3)	24 (88,9)	> 0,05
Hệ tuần hoàn não sau (n=10)	5 (11,4)	2 (4,7)	3 (11,1)	> 0,05

Bảng 2. Mối liên quan giữa các dấu hiệu sớm trên CLVT sọ não với thời gian khởi phát đột quỵ

Hình ảnh CLVT sọ não	< 3 giờ n = 44 (%)	3 - 4,5 giờ n = 43 (%)	4,6 - 6 giờ n = 27 (%)	P
Xóa rãnh vỏ não (n=36)	10 (22,7)	14 (32,6)	12 (44,4)	>0,05
Xóa dải ruy băng thùy đảo (n=36)	8 (18,2)	18 (41,9)	10 (37,0)	<0,05
Xóa mờ nhân đầu (n=21)	4 (9,1)	8 (18,6)	9 (33,3)	<0,05
Vùng giảm đậm độ >1/3 (n = 9)	2 (4,5)	3 (7,0)	4 (14,8)	>0,05
Dấu hiệu "tăng tỷ trọng động mạch" (n=12)	5 (11,4)	5 (11,6)	2 (7,4)	>0,05

Mối liên quan với giảm tỷ trọng nhu mô não

Bảng 3. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với tỷ trọng nhu mô não

Dấu hiệu	Nhóm Chung n = 114 (%)	Giảm tỷ trọng n = 59 (%)	Không giảm tỷ trọng n = 55 (%)	p
Đau đầu	31 (27,2)	15 (25,4)	16 (29,1)	> 0,05
Buồn nôn/nôn	10 (8,8)	3 (5,1)	7 (12,7)	> 0,05
Chóng mặt	15 (13,2)	5 (8,5)	10 (18,2)	> 0,05
Quay mắt, quay đầu	11 (9,6)	9 (15,3)	2 (3,6)	< 0,05
Tê nửa người	20 (17,5)	7 (11,9)	13 (23,6)	> 0,05
Liệt nửa người	110 (96,5)	58 (98,3)	52 (94,5)	> 0,05
Liệt dây VII trung ương	105 (92,1)	56 (94,9)	49 (89,1)	> 0,05
Rối loạn ngôn ngữ	104 (91,2)	56 (94,9)	48 (87,3)	> 0,05
Rối loạn ý thức	85 (74,6)	47 (79,7)	38 (69,1)	> 0,05

Mối liên quan với điểm ASPECTS

Bảng 4. Mối liên quan giữa dấu hiệu lâm sàng với điểm ASPECTS

Dấu hiệu	Điểm ASPECTS ≤ 5 n = 2 (%)	6-7 n = 14 (%)	≥ 8 n = 45 (%)	P
Đau đầu	1 (50,0)	2 (14,3)	14 (31,1)	> 0,05
Buồn nôn/nôn	0 (0)	1 (7,1)	7 (15,6)	> 0,05
Chóng mặt	0 (0)	1 (7,1)	7 (15,6)	> 0,05
Quay mắt, quay đầu	1 (50,0)	2 (14,3)	3 (6,7)	> 0,05
Tê nửa người	0 (0)	2 (14,3)	13 (28,9)	> 0,05
Liệt nửa người	2 (100)	14 (100)	45 (100)	< 0,01
Liệt dây VII trung ương	1 (50,0)	14 (100)	43 (95,6)	< 0,05
Rối loạn ngôn ngữ	2 (100)	14 (100)	40 (88,9)	> 0,05
Rối loạn ý thức	2 (100)	12 (85,7)	30 (66,7)	> 0,05

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm NIHSS với điểm ASPECTS

Điểm ASSPECTS		≤ 5	6-7	≥ 8	p
Điểm NIHSS		n = 2 (%)	n = 14 (%)	n = 45 (%)	
Nhóm NIHSS	≤ 5 (n=2)	0 (0)	1 (7,1)	1 (2,2)	< 0,05
	6 – 15 (n=28)	0 (0)	2 (14,3)	26 (57,8)	
	16 – 20 (n=14)	0 (0)	6 (42,9)	8 (17,8)	
	21 – 42 (n=17)	2 (100)	5 (35,7)	10 (22,2)	
Trung bình		22.0± 1.41	18.93± 6.25	15.07± 5.82	< 0.05

Bảng 6. Môi liên quan giữa sức cơ tay, chân với điểm ASPECTS

Nội dung	ASPECTS Sức cơ - MRC	≤ 5 n = 2 (%)	6-7 n = 14 (%)	≥ 8 n = 45 (%)	P
Sức cơ tay	0 (n = 37)	2 (100)	12 (85,7)	23 (51,1)	> 0,05
	1 (n = 8)	0 (0)	1 (7,1)	7 (15,6)	-
	2 (n = 4)	0 (0)	0 (0)	4 (8,9)	-
	3 (n=12)	0 (0)	1 (7,1)	11 (24,4)	-
	4 (n=0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
	5 (n=0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Sức cơ chân	0 (n = 35)	1 (50,0)	12 (85,7)	22 (48,9)	> 0,05
	1 (n = 8)	1 (50,0)	1 (7,1)	6 (13,3)	> 0,05
	2 (n = 4)	0(0)	0 (0)	4 (8,9)	-
	3 (n = 13)	0 (0)	0 (0)	13 (28,9)	-
	4 (n = 1)	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	-
	5 (n = 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-

IV. BÀN LUẬN**Môi liên quan với thời gian khởi phát**

Thời gian khởi phát cho đến khi nhập viện là một yếu tố quan trọng, do đó chúng tôi đánh giá các BN ở các mốc thời gian khác nhau có liên quan đến các tổn thương được mô tả trên phim CLVT não không? Các mốc thời gian được chúng tôi chọn là trước 3 giờ, từ 3 đến 4,5 giờ và 4,5 đến 6 giờ. Đây là các mốc quan trọng trong việc đưa ra quyết định điều trị tiêu sợi huyết hay can thiệp bằng dụng cụ cơ học.

Kết quả cho thấy, điểm ASPECT của BN đột quỵ não có xu hướng giảm dần theo thời gian từ khi khởi phát đến nhập viện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong bài báo "giờ vàng" và đột quỵ nhồi máu não cấp, tác giả Saver J.L và cs. năm 2010[7] đã phân chia chi tiết hơn với 3 nhóm BN, trước 60 phút kể từ lúc khởi phát, từ 60 phút đến 3 giờ (180 phút) và sau 180 phút. Kết quả cho thấy tỷ lệ cải thiện tốt hơn về chức năng thần kinh ở những BN trước 60 phút, các dấu hiệu thần kinh biểu hiện rõ ràng hoặc chưa. Các biểu hiện trên CLVT sọ não có thể chưa giảm tỷ trọng, nhưng công tác tổ chức hợp lý, chẩn đoán chính xác làm cải thiện thêm 26% BN.

Khi xem xét mối liên quan giữa các dấu hiệu sớm trên CLVT với thời gian khởi phát đột quỵ, chúng tôi thấy rằng trong các dấu hiệu sớm trên hình ảnh CLVT não, hình ảnh xoá dải bằng thùy đảo và xoá mờ nhân đậu có mối liên hệ có ý nghĩa với thời gian từ khi khởi phát đột quỵ não. BN có thời gian khởi phát càng muộn thì các dấu hiệu sớm của đột quỵ trên CLVT sọ não càng rõ hơn ($p < 0,05$)

Mối liên quan với giảm tỷ trọng nhu mô não. Chúng tôi cố gắng tìm hiểu xem có sự khác biệt nào đó về các dấu hiệu lâm sàng ở các BN có tổn thương trên phim CLVT não và không có

tổn thương. Thực chất đây cũng chính là các BN đến sớm hay muộn và cũng không tìm thấy nhiều mối liên quan nào thật sự mạnh để có thể đưa ra nhận xét đặc biệt về mối quan hệ này.

Kết quả phân tích cho thấy ở bệnh nhân có giảm tỷ trọng nhu mô não trên CLVT, triệu chứng quay mắt quay đầu có xu hướng rõ ràng hơn với nhóm không giảm tỷ trọng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Marks MP và cộng sự[3] đánh giá hình ảnh giảm tỷ trọng nhu mô não ở BN đột quỵ trong 6 giờ đầu cho thấy giảm tỷ trọng nhu mô não ở vùng chi phối của động mạch não giữa trên 33% có mối liên quan với điểm NIHSS tăng cao có ý nghĩa thống kê ($p = 0,021$). Đồng thời với tỷ lệ nhu mô não bị giảm tỷ trọng đáng kể ($> 1/3$) có tương quan với kết cục lâm sàng nghèo nàn hơn[3].

Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với điểm ASPECTS. Đây là vấn đề mới trong phân tích mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với điểm ASPECTS.

Trước tiên, điểm ASPECTS có thể là dấu hiệu tiên lượng BN khi nhập viện, tuy nhiên điều này còn phụ thuộc vào một yếu tố rất quan trọng là thời gian. Ngoài ra việc xác định điểm ASPECTS chính xác hay không còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ chuyên ngành [9].

Khi phân tích mối liên quan với các biểu hiện lâm sàng, chúng tôi nhận thấy có mối liên hệ có ý nghĩa triệu chứng liệt nửa người và liệt VII trung ương với điểm ASPECT ($p < 0,05$; $p < 0,01$). Các triệu chứng này thường có xu hướng gặp hơn ở BN có điểm ASPECT càng thấp. Schröder J và cộng sự[8] khi đánh giá tổn thương thiếu máu não trên hình ảnh CLVT và MRI có sử dụng hệ thống điểm ASPECT để hướng dẫn điều trị đột quỵ cho thấy điểm ASPECT ≤ 7 là yếu tố tiên đoán nguy cơ cao suy giảm chức năng hoạt động và chảy máu nội sọ

có triệu chứng ở những BN được sử dụng rt-PA. Bên cạnh đó, tác giả còn nhận thấy có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa ASPECT và các triệu chứng, chức năng lâm sàng của BN đột quỵ thiếu máu não. Khi xem xét những BN lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, tác giả nhận thấy BN với ASPECT từ 5-10 điểm được hưởng nhiều lợi ích từ việc can thiệp mạch não hơn những trường hợp có ASPECT thấp[8].

Mối liên quan giữa điểm NIHSS với điểm ASPECT. Điểm NIHSS ở nhóm BN ASPECT ≤ 5 trung bình là $22,0 \pm 1,41$ cao hơn hai nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê. Điểm NIHSS càng cao hay gặp ở BN có điểm ASPECT càng thấp. Điều này thể hiện rõ mối liên quan giữa tình trạng lâm sàng với mức độ nặng của nhồi máu não qua khảo sát hình ảnh học. Kent DM (2005)[2] xuất phát từ sự không tương xứng giữa suy giảm các chức năng thần kinh trên lâm sàng và những tổn thương não cấp đã tập trung khảo sát mối liên quan giữa điểm ASPECT với điểm NIHSS ở BN thiếu máu não trong vòng 24 giờ, kết quả cho thấy có mối tương quan nghịch có ý nghĩa mức độ chặt giữa ASPECT và điểm NIHSS ($r^2 = 0,33$, $p < 0,0001$), với cứ mỗi điểm NIHSS tăng thêm 10 điểm sẽ làm ASPECT giảm xấp xỉ 3 điểm.

Mối liên quan giữa sức cơ tay, sức cơ chân với điểm ASPECT. Chúng tôi cũng nhận thấy sức cơ tay có xu hướng tăng dần theo điểm ASPECTS. 80,0% BN ASPECTS ≤ 5 liệt hoàn toàn, trong khi chỉ có 33,3% BN ASPECTS ≥ 8 liệt hoàn toàn. Có mối liên hệ có ý nghĩa giữa sức cơ tay với điểm ASPECT.

Tương tự, sức cơ chân có xu hướng tăng dần theo điểm ASPECT có ý nghĩa thống kê. Trong đánh giá hiệu quả tái thông mạch bằng dụng cụ cơ học, tác giả Ntaios G (2016) cũng khẳng định: đánh giá được sức cơ của người bệnh đột quỵ não nhánh lớn và theo dõi diễn biến của chúng theo thời gian và có thể giúp các nhà lâm sàng tiên lượng được tình trạng của bệnh nhân. Thông thường bệnh nhân có sức cơ giảm rõ rệt ngay từ lúc vào thì hay có tắc mạch lớn và tỷ lệ gặp bệnh nhân có điểm ASPECT giảm cao. Có những bệnh nhân sau tái thông một thời gian đột ngột thấy giảm sức cơ nghiêm trọng, tiến hành chụp lại phát hiện ra tái tắc [4].

V. KẾT LUẬN

Có một số mối liên quan đáng chú ý giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính trong 6 giờ đầu: Liên quan giữa thời gian khởi phát đến khi nhập viện

Có sự giảm dần điểm ASPECT, theo thời gian từ khi khởi phát ($p < 0,05$).

Mối liên quan có ý nghĩa giữa thời gian khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện với hình ảnh xóa mờ nhân đậu và xóa mờ dải đảo. Thời gian càng tăng thì tỷ lệ gặp càng tăng, với $p < 0,05$.

Có mối liên quan với độ nặng của đột quỵ nhồi máu não với các dấu hiệu sớm trên phim chụp cắt lớp vi tính trong 6 giờ đầu:

Dấu hiệu quay mắt quay đầu gặp ở bệnh nhân có giảm tỷ trọng nhu mô não trên cắt lớp vi tính hơn không giảm tỷ trọng (15,3% so với 3,6%), ($p < 0,05$). Mối liên quan giữa liệt VII và liệt nửa người với điểm ASPECT. Điểm ASPECT càng thấp thì liệt VII và liệt nửa người chiếm tỷ lệ càng cao, ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa điểm NIHSS với điểm ASPECT và tuần hoàn bàng hệ. Điểm NIHSS càng cao thì điểm ASPECT càng thấp và tuần hoàn bàng hệ càng nghèo nàn, ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa sức cơ tay, sức cơ chân với điểm ASPECT. Điểm ASPECT càng thấp thì sức cơ càng yếu, liên quan có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adams H. P., Jr., Davis P. H., Leira E. C., et al.(1999) Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST), *Neurology*, 53(1), 126-31.
2. Kent D. M., Hill M. D., Ruthazer R., et al.(2005) "Clinical-CT mismatch" and the response to systemic thrombolytic therapy in acute ischemic stroke, *Stroke*, 36(8), 1695-9.
3. Marks M. P., Holmgren E. B., Fox A. J., et al.(1999) Evaluation of early computed tomographic findings in acute ischemic stroke, *Stroke*, 30(2), 389-92.
4. Ntaios G., Milionis H., Vemmos K., et al.(2016) Small-vessel occlusion versus large-artery atherosclerotic strokes in diabetics: Patient characteristics, outcomes, and predictors of stroke mechanism, *European Stroke Journal*, 1(2), 108-113.
5. Peter Vanacker, Mohamed Faouzi, Ashraf Eskandari, et al.(2014) How to predict the affected circulation in Large Vessel Occlusive Stroke?, *EJMINT*, 1444000227(30th October 2014).
6. Powers W. J., Derdeyn C. P., Biller J., et al.(2015) 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, *Stroke*, 46(10), 3020-35.
7. Saver J. L., Smith E. E., Fonarow G. C., et al.(2010) The "golden hour" and acute brain ischemia: presenting features and lytic therapy in >30,000 patients arriving within 60 minutes of stroke onset, *Stroke*, 41(7), 1431-9.
8. Schroder J., Thomalla G.(2016) A Critical Review of Alberta Stroke Program Early CT Score for Evaluation of Acute Stroke Imaging, *Front Neurol*, 7, 245.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ XÃ, TỈNH VINH PHÚC NĂM 2018

Nguyễn Văn Hiến¹, Nguyễn Hoài Lê²

TÓM TẮT

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp (THA) tại trạm y tế xã (TYTX), tỉnh Vinh Phúc năm 2018. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với phỏng vấn 30 trưởng TYTX và thu thập thông tin sẵn có liên quan đến quản lý bệnh THA tại TYTX của tỉnh Vinh Phúc. Sử dụng thống kê để tính toán các chỉ số về quản lý người bệnh THA tại các TYTX. Kết quả cho thấy: 100% TYTX có quản lý người mắc THA; 96,7% TYTX của tỉnh Vinh Phúc có phân công cán bộ chuyên trách chương trình phòng chống bệnh THA. Tỷ lệ người bệnh mắc THA được quản lý điều trị tại TYTX còn thấp. Tỷ lệ người bệnh THA được quản lý, điều trị tại TYTX đạt huyết áp mục tiêu là 69,9%. Tỷ lệ TYTX có đủ trang thiết bị quản lý bệnh THA khá cao, tuy nhiên tình trạng thiếu chủng loại và số lượng thuốc điều trị bệnh THA tại TYTX là phổ biến. Các tổ chức y tế liên quan của tỉnh Vinh Phúc rất cần quan tâm đến thực hiện quản lý đầy đủ và đúng bệnh THA theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Từ khóa: Quản lý bệnh tăng huyết áp; Trạm y tế xã; Tỉnh Vinh Phúc

SUMMARY

THE SITUATION OF HYPERTENSION MANAGEMENT AT COMMUNE HEALTH STATION IN VINH PHUC PROVINCE IN 2018

This study aimed to describe the situation of hypertension management at commune health stations (CHSs), at Vinh Phuc province in 2018. The cross-sectional descriptive research method was conducted through direct interview with 30 heads of CHSs and gathered available information related to management of hypertension at CHSs in Vinh Phuc province. Use statistics to calculate some indicators for management of hypertension disease at CHSs. The results show that: 100% of CHSs have management of hypertension patients; 96.7% of CHSs in Vinh Phuc province have assigned staff of the hypertension prevention program. The proportion of patients with hypertension have been managed and treated at CHSs is low. The percentage of patients with hypertension have been managed and treated at CHSs reaching the target blood pressure is 69.9%. The proportion of CHSs with adequate equipment for management of hypertension disease is quite high, but the lack of

types and the number of drugs to treat hypertension disease is common at CHSs. Related health organizations of Vinh Phuc province need to pay attention to the proper management of hypertension disease as guideline of Ministry of Health.

Key words: Managing hypertension; Commune health stations; Vinh Phuc Province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm ngày càng có xu hướng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam, trong đó có bệnh tăng huyết áp (THA). Số liệu công bố trên tạp chí The Lancet năm 2017 đã chỉ ra số người lớn bị THA tăng từ 594 triệu người vào năm 1975 lên 1,13 tỷ người vào năm 2015 [1]. Việt Nam cũng có tỷ lệ mắc bệnh THA tăng lên theo thời gian: Năm 1982 có 1,9%; năm 1992 11,8%; năm 2008 tăng lên 25,1% [2]. Báo cáo của Bộ Y tế năm 2014 về bệnh tim mạch cho thấy THA là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong (chiếm 21,8% số ca tử vong) [3]. Mặc dù THA là một trong các bệnh gây tử vong cao nhưng là bệnh hoàn toàn có thể dự phòng và điều trị hiệu quả. Người bệnh THA nếu được phát hiện sớm, theo dõi và quản lý đúng yêu cầu có thể giảm được tỉ lệ tử vong đáng kể. Tỉnh Vinh Phúc là một tỉnh có tốc độ phát triển công nghiệp, kinh tế nhanh. Trong những năm gần đây mô hình bệnh tật của tỉnh Vinh Phúc cũng đã thay đổi, đáng chú ý là bệnh không lây nhiễm, trong đó bệnh THA tăng lên [4]. Vấn đề về quản lý, theo dõi điều trị cho người bệnh mắc bệnh THA của các trạm y tế xã tỉnh Vinh Phúc như thế nào? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế xã của tỉnh Vinh Phúc, năm 2018", với các mục tiêu: *Mô tả thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp của các trạm y tế xã, tỉnh Vinh Phúc năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Các trưởng trạm y tế xã của 30 xã thuộc tỉnh Vinh Phúc được chọn.

- Sổ sách, báo cáo liên quan đến quản lý người bệnh THA tại 30 trạm y tế nghiên cứu năm 2018.

2.2. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 9 đến tháng 11 năm 2018.

2.3. Cơ mẫu và chọn mẫu. Chọn ngẫu nhiên 30 xã và phỏng vấn 30 trưởng trạm y tế của 30 xã, thu thập số liệu sẵn có từ sổ sách báo

¹Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

²Trung tâm kiểm soát bệnh tật, Sở y tế tỉnh Vinh Phúc.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hiến

Email: nguyenvanhiens@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

cáo liên quan đến quản lý người bệnh THA tại 30 trạm y tế xã.

2.4 Phương pháp và công cụ thu thập thông tin. Phiếu phỏng vấn trưởng trạm y tế xã; Mẫu bảng thu thập thông tin về quản lý bệnh THA từ sổ sách báo cáo của các trạm y tế xã đã được phát triển và sử dụng để thu thập thông tin tại 30 trạm y tế xã.

2.5 Phân tích số liệu: - Số liệu nghiên cứu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu, sử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Sử dụng phương pháp thống kê để phân tích số liệu định lượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số thông tin về cán bộ y tế tham gia quản lý THA tại 30 trạm y tế xã

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Trạm y tế có phân công cán bộ chuyên trách chương trình phòng chống THA (n = 30)	29	96,7
Cán bộ trạm y tế xã được tập huấn về quản lý điều trị THA trong 3 năm qua (n = 217)	53	24,4
Số cán bộ y tế thôn được tập huấn về quản lý điều trị THA trong 3 năm qua (n = 351)	83	23,6

Nhận xét: Có 29/30 trạm y tế có phân công cán bộ chuyên trách phụ trách chương trình phòng chống THA, đạt 96,7%; tỷ lệ cán bộ y tế được tập huấn về quản lý điều trị THA trong 3 năm qua chưa cao, mới đạt 24,4%, tỷ lệ y tế thôn bản được tập huấn về quản lý điều trị THA trong 3 năm qua cũng chưa cao, mới đạt 23,6%.

Bảng 2: Đối tượng được quản lý, điều trị bệnh THA tại 30 TYT xã trong 6 tháng đầu năm 2018

Nội dung hoạt động	Đơn vị tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượt người ≥ 25 tuổi được tư vấn phòng chống THA (N1 = 39.132)	Lượt	10.605	27,1

Bảng 4. Thực trạng số quản lý người bệnh THA tại 30 trạm y tế xã

Số trạm y tế có số	Tỷ lệ % (n = 30)	Chất lượng số quản lý người bệnh THA			
		Có cập nhật (n = 27)		Chưa cập nhật (n = 27)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
27	90	20	74,1	7	25,9

Nhận xét: 90% số trạm y tế được điều tra có số quản lý người bệnh THA, trong số đó 74,1% số được cập nhật theo dõi tình hình người bệnh. Vẫn còn 25,9% trạm y tế chưa cập nhật theo dõi quản lý người bệnh THA.

Bảng 5: Thực trạng bệnh án ngoại trú của người bệnh THA tại trạm y tế xã (n=25)

Số trạm y tế có bệnh án	Tỷ lệ %	Chất lượng bệnh án ngoại trú của người bệnh THA	
		Có cập nhật (n=7)	Chưa cập nhật (n=7)

Số bệnh nhân THA đang được quản lý, điều trị THA (N2 = 41.811)	Người	1.505	3,6
Số người bệnh THA được điều trị đạt huyết áp mục tiêu (N3 = 1052)	Người	1.052	69,9

Nhận xét: 6 tháng đầu năm 2018 số người từ 25 tuổi trở lên được tư vấn về phòng chống THA tại trạm y tế xã là 10.065 lượt, chiếm 27,1% tỷ lệ người được khám bệnh tại trạm y tế (N1: số lượt người ≥ 25 tuổi khám trung bình một tháng x 6 tháng là 6.522 x 6 = 39.132). Tỷ lệ bệnh nhân THA được quản lý tại trạm y tế rất thấp so với ước tính số bệnh nhân THA, chỉ đạt 3,6% (N2 = dân số chung x 55,2% người từ 25 tuổi trở lên x 27,9% tỷ lệ THA = 271.489 x 55,2% x 27,9% = 41.811). Tỷ lệ người bệnh THA được quản lý điều trị (N3 = 1052) đạt huyết áp mục tiêu theo sổ quản lý theo dõi tại trạm y tế xã là 69,9%.

Bảng 3: Sổ sách, trang thiết bị phục vụ quản lý bệnh THA tại 30 trạm y tế xã

Nội dung	Số lượng TYT	Tỷ lệ %
Sổ quản lý bệnh nhân THA	27	90,0
Bệnh án ngoại trú	7	23,3
Máy đo huyết áp	30	100,0
Máy điện tim	7	23,3
Cân	30	100,0
Thước đo chiều cao đứng	30	100,0
Thước dây	30	100,0
Tài liệu truyền thông	21	70,0

Nhận xét: Tỷ lệ trạm y tế có sổ quản lý bệnh nhân THA đạt 90%. 100% trạm y tế có máy đo huyết áp, cân và thước dây, 70% trạm có tài liệu truyền thông phòng chống THA. Tuy nhiên tỷ lệ trạm điều trị cho bệnh nhân THA có bệnh án ngoại trú chỉ đạt 23,3%, số còn lại điều trị chỉ ghi vào sổ khám bệnh của bệnh nhân và sổ quản lý bệnh THA của TYT. Tỷ lệ trạm y tế xã có máy điện tim đạt 23,3%.

ngoại trú		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
7	28,0	4	57,1	3	42,9

Nhận xét: Tỷ lệ trạm y tế có làm bệnh án ngoại trú điều trị người bệnh THA thấp, chỉ đạt 28,0%. Trong số trạm y tế có làm bệnh án ngoại trú thì 57,1% TYT có cập nhật bệnh án ngoại trú, còn 42,9% trạm y tế vẫn chưa cập nhật bệnh án ngoại trú khi điều trị cho người bệnh THA tại TYT vào thời điểm điều tra.

Bảng 6: Thực trạng thuốc điều trị bệnh THA tại 30 trạm y tế

Loại thuốc	Số trạm y tế có thuốc		Số lượng thuốc			
			Có đủ (n = 30)		Thiếu (n = 30)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Amlodipin	17	56,7	11	36,7	6	20,0
Atenolon	0	0	0	0	0	0
Captopril	0	0	0	0	0	0
Enalaprin	3	10,0	1	3,3	2	6,6
Furosemid	3	10,0	2	6,6	1	3,3
Hydrochlorothiazid	0	0	0	0	0	0
Methyldopa	2	6,6	1	3,3	1	3,3
Nifedipin	9	30,0	7	23,3	1	3,3
Propranolol hydroclorid	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Kết quả cho thấy nhiều TYTX thiếu thuốc điều trị THA. Loại thuốc các TYTX có nhất là Amlodipin cũng mới đạt 56,7%, trong số đó 20% TYTX có nhưng không đủ Amlodipin. Loại thuốc thứ hai mà TYTX có nhiều là Nifedipin, có 30% TYTX có Nifedipin, nhưng cũng chỉ có 23,3% số TYTX có đủ loại thuốc này để điều trị. Có bốn loại thuốc điều trị THA trong danh mục thuốc thiết yếu tại TYTX theo quy định của Bộ Y tế, nhưng khi điều tra thì không có tại TYTX là: Atenolon, Captopril, Hydrochlorothiazid, Propranolol hydroclorid.

IV. BÀN LUẬN

Bộ Y tế đã xác định bệnh THA là một trong các bệnh không lây nhiễm cần được quản lý ở TYTX. Theo chúng tôi đây là một giải pháp phù hợp nhằm phòng, chống một trong các bệnh nguy hiểm, có tỷ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện và điều trị sớm. Yêu cầu chính của phòng, chống bệnh THA là hướng dẫn người dân thực hành giảm các yếu tố nguy cơ cao gây bệnh, phát hiện sớm người mắc bệnh qua khám sàng lọc và khi đã phát hiện mắc bệnh thì người bệnh cần được quản lý, điều trị liên tục và lâu dài. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 29/30 trạm y tế được điều tra có phân công cán bộ chuyên trách phụ trách chương trình phòng chống THA, đạt 96,7%. Đây là số liệu rất đáng khích lệ. Trong 30 trạm y tế chỉ còn 01 trạm chưa phân công cán bộ phụ trách chương trình phòng chống bệnh THA, kết quả này thể hiện các TYTX đã quan tâm đến quản lý bệnh THA. Tỷ lệ cán bộ TYTX được tập huấn về quản lý THA trong 3 năm qua chỉ đạt 24,4%, tỷ lệ y tế thôn được tập huấn về quản lý THA trong 3 năm

qua cũng mới đạt 23,6%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Đoàn Minh Cường tại huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng năm 2014, cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế tham gia công tác phòng chống THA được tập huấn còn thấp, mới đạt 26,2% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc tập huấn cho cán bộ y tế xã và thôn về quản lý bệnh THA ở tỉnh Vĩnh Phúc cần được quan tâm hơn trong thời gian tới. Khám bệnh kết hợp tư vấn giáo dục trực tiếp cho người bệnh mang lại hiệu quả cao trong phòng, chống bệnh THA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có 27,1% người trên 25 tuổi đến các TYTX khám bệnh trong 6 tháng của năm 2018 tại tỉnh Vĩnh Phúc được tư vấn về phòng chống THA. Có thể nói tỷ lệ người dân ≥ 25 tuổi đến khám bệnh được tư vấn về bệnh THA còn thấp, do vậy yêu cầu cán bộ TYTX chú trọng lồng ghép khám, điều trị cho người bệnh với tư vấn, giáo dục cho họ về bệnh tật nói chung, trong đó có bệnh THA là cần thiết.

Một trong những kết quả quan trọng mà nghiên cứu của chúng tôi phát hiện là tỷ lệ người bệnh THA được quản lý, điều trị tại TYTX rất thấp mới đạt 3,6% so với số người mắc THA ước tính tại tỉnh Vĩnh Phúc. Theo chúng tôi đây là thông tin rất đáng quan tâm đối với các cán bộ liên quan đến chương trình phòng, chống bệnh THA ở các tuyến y tế của tỉnh Vĩnh Phúc để có giải pháp quản lý tốt hơn người bệnh THA. Với những người bệnh THA được quản lý tại TYTX thì tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu theo khá cao là 69,9%. Số liệu này cho thấy các TYTX có thể quản lý, điều trị tốt người bệnh THA. Về sổ sách, trang thiết bị phục vụ cho hoạt động

quản lý, điều trị THA, chúng tôi thấy tỷ lệ TYTX có sổ quản lý người bệnh THA đạt 90%. Tuy nhiên còn 25,9% TYTX chưa cập nhật thông tin theo dõi quản lý người bệnh THA vào sổ quản lý THA theo Thông tư 27/2014/TT-BYT của Bộ Y tế đã quy định biểu mẫu thống kê áp dụng đối với các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện và xã [6]. Vì vậy đây cũng là vấn đề mà các TYTX cần quan tâm cải thiện. Một trong các khía cạnh khác của quản lý bệnh THA là cần lập bệnh án ngoại trú cho người bệnh THA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 28% TYTX có theo dõi điều trị người bệnh THA có bệnh án ngoại trú, số còn lại chỉ ghi vào sổ khám bệnh của người bệnh và sổ quản lý bệnh THA của TYT. Trong số các TYT làm bệnh án ngoại trú thì còn 42,9% TYTX chưa cập nhật bệnh án khi điều trị cho người bệnh. Như vậy các TYTX cần quan tâm thực hiện: Quy định của Bộ Y tế về kê đơn thuốc đối với người bệnh điều trị ngoại trú thì người kê đơn thuốc ra chỉ định điều trị vào sổ khám bệnh (sổ y bạ) của người bệnh và bệnh án điều trị ngoại trú hoặc phần mềm quản lý người bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [7]. Theo quy định Thông tư số 39/2017/TT-BYT về Quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, gọi chung là cơ sở y tế tuyến xã đã quy định TYTX phải có 9 loại thuốc hạ huyết áp [8]. Tuy nhiên nghiên cứu cho thấy tình trạng thiếu thuốc điều trị THA tại TYTX của tỉnh Vĩnh Phúc là phổ biến. Loại thuốc có đủ và nhiều nhất là Amlodipin cũng chỉ có 68,0% TYTX có, 24,0% TYTX không có đủ Amlodipin để điều trị cho người bệnh THA. Loại thuốc thứ hai mà TYTX có nhiều là Nifedipin, có 36,0% TYTX có, trong đó chỉ 28,0% TYTX có đủ để điều trị. Bốn loại thuốc điều trị THA trong danh mục thuốc thiết yếu tại TYTX theo quy định của Bộ Y tế mà không có tại trạm là: Atenolon, Captopril, Hydrochlorothiazid, Propranolol hydroclorid. Thuốc hạ huyết áp nhóm Enalaprin, Furosemid, Methyldopa chỉ 2 - 3 TYTX có, nhưng cũng được cấp không thường xuyên. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự của Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự năm 2014, trong đó 67,2% các xã có dưới 50% thuốc thiết yếu cho công tác phòng và chống BKLN, trong khi tỷ lệ có đầy đủ trên 70% thuốc thiết yếu chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, dưới 10% xã [9]. Thiếu thuốc và không đầy đủ nhóm thuốc theo quy định để điều trị bệnh THA có thể là nguyên nhân dẫn đến việc điều trị tại TYTX không chủ động và người bệnh THA không lựa chọn điều trị tại TYTX, từ đó dẫn tới khó

khăn cho TYTX trong thực hiện quản lý chương trình phòng, chống bệnh THA.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trạm y tế xã của tỉnh Vĩnh Phúc có phân công cán bộ chuyên trách chương trình phòng chống bệnh THA đạt khá cao (96,7%).

- Việc quản lý người bệnh tăng huyết áp ở các trạm y tế còn rất cần được quan tâm để tăng số lượng cả về số người bệnh được quản lý, số người bệnh quản lý đạt huyết áp mục tiêu, số người bệnh mắc tăng huyết áp được quản lý có đủ sổ quản lý, bệnh án điều trị ngoại trú được ghi chép cập nhật.

- Tỷ lệ trạm y tế có đủ trang thiết bị quản lý bệnh THA khá cao, tuy nhiên tình trạng thiếu chủng loại và số lượng thuốc điều trị THA là phổ biến.

- Các đơn vị y tế liên quan từ tuyến y tế tỉnh, huyện xã của Vĩnh Phúc rất cần phải quan tâm đến quản lý đầy đủ và đúng bệnh THA theo quy định của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và CS (2008), "Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, Đại học Y Hà Nội.
2. NCD-RisC (2017), "Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015", The Lancet, 398, pp. 37-55.
3. Nguyễn Thị Kim Chúc và Nguyễn Hoàng Long (2010), "Mô hình tử vong ở Việt Nam, kết quả từ nghiên cứu điều tra nguyên nhân tử vong bằng phương pháp phỏng vấn", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 70(5), tr. 56-61.
4. Nguyễn Lâm Việt (2011), "Tăng huyết áp - Vấn đề cần được quan tâm", Hội nghị Chương trình mục tiêu Quốc gia Phòng chống tăng huyết áp, Hà Nội.
5. Đoàn Minh Cường (2014), Thực trạng và công tác quản lý tăng huyết áp ở người từ 40 đến 75 tuổi tại huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng năm 2013 và một số yếu tố liên quan, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 62-64.
6. Bộ Y tế (2014), Thông tư Số: 27/2014/TT-BYT Hà Nội, Quy định Hệ thống biểu mẫu thống kê y tế áp dụng đối với các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện và xã, ban hành ngày 14 tháng 8 năm 2014.
7. Bộ Y tế (2017), Thông tư số: 39/2017/TT-BYT về việc Quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, ban hành ngày 18 tháng 10 năm 2017.
8. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 52/2017/TT-BYT về việc Quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú, ban hành ngày 29/12/2017.
9. Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự. (2014), "Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014", Tạp chí Y học dự phòng, 25-12 (172), tr. 179-184.

ĐỘNG HỌC MEN TIM TROPONIN I VÀ CK-MB Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Hoàng Văn Sỹ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các chất chỉ điểm sinh học cho tổn thương cơ tim đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp. Can thiệp mạch vành qua da có thể gây tổn thương cơ tim. Những nghiên cứu gần đây đã mô tả tình trạng tăng men tim sau can thiệp mạch vành. Nghiên cứu về sự thay đổi động học men tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da ở Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả động học men tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da. **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Chúng tôi nghiên cứu ở 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da tại bệnh viện Chợ Rẫy. Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $60,9 \pm 12,1$. Tỷ lệ nam:nữ là 3:1. Giá trị trung vị của nồng độ Troponin I và CK-MB tại thời điểm ngay sau can thiệp mạch vành qua da lần lượt là 46,7 ng/mL (khoảng tứ phân vị: 22,2 – 158) và 92,7 U/L (43,9 – 153). Tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau can thiệp, nồng độ Troponin I có giá trị lần lượt là 133 ng/mL (43,8 – 253,9) và 54,9 ng/mL (23,9 – 105). Tại thời điểm 6 giờ sau can thiệp, có 66,7% số bệnh nhân tăng Troponin và 61,9% tăng men CK-MB so với thời điểm ngay sau can thiệp. Tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp, 30,8% tăng Troponin I và 31,4% tăng men CK-MB so với ngay sau can thiệp. **Kết luận:** Nồng độ Troponin I và CK-MB tăng sau can thiệp được ghi nhận ở khoảng hai phần ba bệnh nhân tại thời điểm 6 giờ và một phần ba số bệnh nhân tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp mạch vành qua da so với thời điểm ngay sau can thiệp.

Từ khóa: Troponin I, nhồi máu cơ tim cấp, chụp và can thiệp mạch vành qua da.

SUMMARY

DYNAMIC CHANGES OF CARDIAC TROPONIN I AND CK-MB IN PATIENTS WITH ACUTE ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: Biochemical markers of cardiac cell damage are the important roles for the identification of acute myocardial infarction. Percutaneous coronary intervention (PCI) is often associated with myocardial injury. Prior studies demonstrated increasing of cardiac enzymes after PCI. Data for the dynamic changes of cardiac enzymes in patients with acute ST-

elevation myocardial infarction undergoing are limited in Vietnam. **Objective:** To demonstrate the dynamic changes of cardiac enzymes in patients with acute ST-elevation myocardial infarction undergoing PCI. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** We studied in 105 consecutive patients presenting with acute ST-elevation myocardial infarction and undergoing PCI at Cho Ray Hospital. The mean age of population study was 60.8 ± 12.1 years; male: female ratio was 3: 1. The median at immediate PCI cardiac Troponin I level and CK-MB level were 46.7 ng/mL (interquartile range: 22.2 – 158) and 92.7 U/L (IQR 43.9 – 153), respectively. The median at 6 hours and 24 hours after PCI cardiac Troponin I level were 133 ng/mL (IQR 43.8 – 253.9) and 54.9 ng/mL (IQR 23.9 – 105), respectively. At 6 hours after PCI, increasing cardiac Troponin I and CK-MB were detected in 66.7% of study population and 61.9% of study population, respectively. At 12 hours after PCI, increasing cardiac Troponin I and CK-MB were detected in 30.8% of study population and 31.4% of study population, respectively. **Conclusion:** The cardiac Troponin I, CK-MB increased post-procedurally in two third of patients at 6 hour and one third of patients undergoing PCI at 24 hours after PCI comparing with immediate PCI.

Keywords: Troponin I, acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các chất chỉ điểm sinh học liên quan đến tổn thương cơ tim tăng trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp. Các chất chỉ điểm sinh học thường được ứng dụng trên thực tế lâm sàng là CK-MB, Troponin I và Troponin T [1]. Bất kỳ một tổn thương thiếu máu cục bộ cũng có thể dẫn đến tổn thương tế bào cơ tim và giải phóng các phân tử trên vào dòng máu. Mức độ tăng của các men tim này có liên quan đến diễn tiến nhồi máu, nhu cầu can thiệp tái thông cấp cứu và dự hậu của bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp [2].

Đối với bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, chụp và can thiệp mạch vành qua da là được coi là biện pháp điều trị can thiệp hiệu quả góp phần giảm đáng kể bệnh suất và tử suất cho người bệnh [3]. Trong can thiệp mạch vành qua da có thể bao gồm các bước nong mạch vành, lấy mảng xơ vữa và đặt stent động mạch, nhằm mục đích tăng diện tích lòng động mạch vành và tăng dòng máu đến nuôi tế bào cơ tim. Tuy nhiên, thủ thuật này có thể gây tổn thương cơ tim, dẫn đến tăng nồng độ men tim trong máu sau thủ thuật [4]. Tăng nhẹ Troponin I, CK-MB thường gặp sau can thiệp động mạch vành qua da. Sự tăng các men tim

*Khoa Y, Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

này có thể do tổn thương cơ tim trong quá trình thực thủ thuật. Một số nguyên nhân được đưa ra bao gồm tắc nhánh bên, bóc tách động mạch vành, thiếu máu thoáng qua do dụng cụ và thuyền tắc vi mạch [4].

Rõ ràng, theo dõi diễn tiến động học của các men tim sau chụp và can thiệp mạch vành qua da là cần thiết. Điều này không chỉ giúp đánh giá chẩn đoán tình trạng nhồi máu cơ tim sau chụp và can thiệp mạch vành, nó còn giúp góp phần tiên lượng cho bệnh nhân [2]. Mặc dù đã có nhiều tác giả báo cáo về sự diễn tiến động học của các men tim sau can thiệp mạch vành trên thế giới [5], [6], [7]. Tuy nhiên tại Việt Nam còn hạn chế các số liệu về diễn tiến liên tục của men tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân được tái thông bằng phương pháp chụp và can thiệp mạch vành qua da. Những thông tin về động học nồng độ của các men tim sẽ là cơ sở quan trọng trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp quanh thủ thuật.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả động học của các men tim Troponin I và CK-MB ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được chụp và can thiệp mạch vành qua da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu quan sát cắt ngang mô tả được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2018. Nghiên cứu được tiến hành với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh Học tại đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân đủ 18 tuổi, nhập viện lần đầu vì nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được chụp mạch vành qua da chẩn đoán xác định, bệnh nhân đồng ý và ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim Châu Âu 2017 [8].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhập viện đã qua giai đoạn cấp (CK-MB về bình thường); có tiền căn nhồi máu cơ tim dựa vào hỏi bệnh và/hoặc biểu hiện trên điện tâm đồ; bệnh nhân có tiền căn tái thông mạch vành; bệnh nhân suy tim đã được chẩn đoán; đập tim; chấn thương; phẫu thuật tim; thuyên tắc phổi; viêm cơ tim; viêm màng ngoài tim; bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần điều trị lọc thận; đột quỵ; xuất huyết khoang dưới nhện; bệnh nhiễm trùng nặng; nhiễm trùng huyết; choáng nhiễm trùng. Loại những bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tim qua

thành ngực không đạt chất lượng.

Các bước tiến hành. Bệnh nhân được chọn mẫu liên tiếp thuận lợi, dựa vào bệnh sử và điện tâm đồ bề mặt đo tại lúc nhập viện. Tiến hành các xét nghiệm thường quy và chẩn đoán bao gồm tổng phân tích tế bào máu, AST, ALT, ion đồ, ure, creatinin máu, đường máu, lipid máu (cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C), Troponin I, CK-MB, đo điện tâm đồ, siêu âm tim và có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim lần đầu.

Xét nghiệm Troponin I

Bệnh phẩm: 3 ml huyết thanh, huyết tương có kháng đông, hoặc huyết tương có EDTA. Mẫu bệnh phẩm để ở nhiệt độ phòng trong vòng 4 giờ hoặc lưu trữ ở 2-8°C trong 24 giờ. Giá trị bình thường của Troponin I: <0,2 ng/ml, của CK-MB < 25 U/L. Kỹ thuật: Troponin I được xét nghiệm theo phương pháp miễn dịch hóa phát quang trên hệ thống máy phân tích Siemens ADVIA Centaur Tn I-Ultra assay. Xét nghiệm Troponin I, CK-MB được thực hiện tại 5 thời điểm: lúc nhập viện, ngay sau can thiệp tái tưới máu (thời điểm T0, CK0), 6 giờ sau tái tưới máu (T6, CK6), 24 giờ sau tái tưới máu (T24, CK24), trước lúc xuất viện (TXV, CKXV).

Xử lý thống kê: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 13.0. Biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến danh định được trình bày dưới dạng phần trăm. Dùng phép kiểm t-test cho biến liên tục và chi bình phương (hoặc chính xác Fisher) cho biến phân loại khi so sánh 2 nhóm. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian 5 tháng, 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu.

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu và kết quả chụp mạch vành cản quang qua da

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $60,8 \pm 12,1$ tuổi, giới nam có 79 trường hợp (chiếm 75,2%), BMI có giá trị là $22,5 \pm 3,0$ kg/m². Về tiền căn, bệnh lý thường gặp nhất là tăng huyết áp với 63 trường hợp, chiếm 58,1%; kế đến là đái tháo đường típ 2 (11,1%); đột quỵ 6,7%. Tỷ lệ hút thuốc lá ghi nhận được ở 61 trường hợp chiếm 58,1%. Bảng 1 thể hiện các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có huyết động ổn định và bệnh nhân có Killip I chiếm ưu thế với 81 trường hợp, chiếm 77,1%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Biến số	Giá trị
HATThu, mmHg	113,9 ± 23,5
HATTr, mmHg	67,8 ± 15,4
Mạch, lần/phút	79,9 ± 12,7
Thời điểm nhồi máu, giờ	24,1 ± 23,7
Killip I, n (%)	81 (77,1)
Killip > I, n (%)	24 (22,9)
Thời gian nằm viện, ngày	9,0 ± 4,5

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số	Giá trị	Giới hạn bình thường
Hemoglobin, G/L	138,6±16,3	120 -170
WBC, G/L	12,5 ± 3,2	4 -11
PLT, G/L	268,3± 69,8	200- 400
Cholesterol,mg/dL	192,3±56,2	140- 239
Triglyceride,mg/dL	166,5±113,0	35 -160
HDL-C, mg/dL	35,3 ± 10,6	> 45
LDL-C, mg/dL	133,3±50,5	90-150
AST, U/L	162,0±136,12	9 - 48
Creatinine máu, mg/dL	1,19 ± 0,23	0,7 -1,5
Độ lọc cầu thận, mL/phút/1,73m ² da	64,8 ± 15,9	> 60

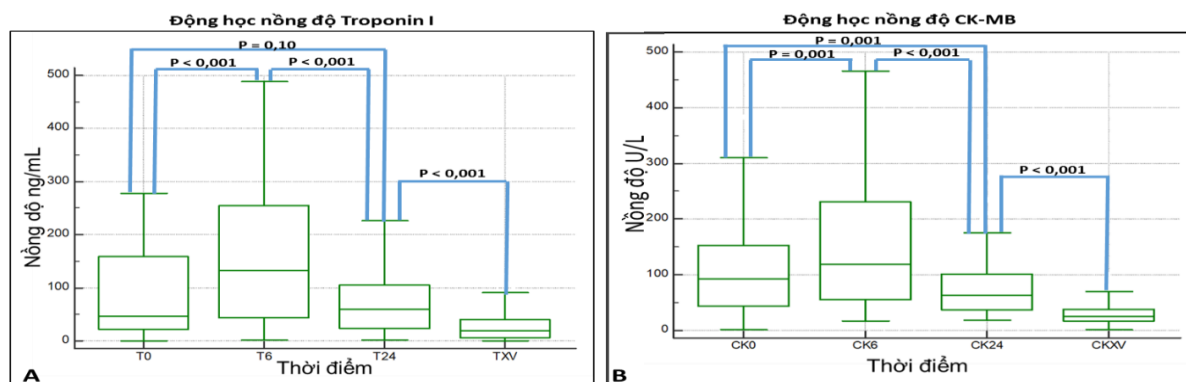
Kết quả xét nghiệm thời điểm nhập viện của bệnh nhân được trình bày trong Bảng 2. Phân

suất tổng máu thất trái trung bình lúc nhập viện của dân số nghiên cứu là 46,5 ± 12,3 %. Có sự tăng của chỉ số xét nghiệm về số lượng bạch cầu và nồng độ AST so với giá trị trong khoảng giới hạn bình thường trong dân số chung.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có hẹp đáng kể (>50% đường kính mạch vành) ít nhất 1 nhánh động mạch, cụ thể tỉ lệ có hẹp 1 nhánh; 2 nhánh và 3 nhánh lần lượt là 34,3%; 43,8% và 21,9%. Nếu phân theo vị trí hẹp, hẹp thân chung động mạch vành trái có 3 trường hợp, hẹp động mạch liên thất trước có 79 trường, hẹp nhánh mũ có 39 trường hợp và hẹp động mạch vành phải có 79 trường hợp. Tất cả 105 bệnh nhân đều được đặt stent động mạch vành ở nhánh động mạch vành thủ phạm.

Đặc điểm diễn tiến động học của men tim sau can thiệp mạch vành

Giá trị trung vị của Troponin I và CK-MB và khoảng dao động của chúng được thể hiện trong Bảng 3. Có sự tăng giá trị trung vị của cả 2 men tim từ thời điểm 6 giờ sau can thiệp so với thời điểm ngay sau thủ thuật. Tuy nhiên sau đó giảm dần ở các thời điểm 24 giờ sau can thiệp và trước xuất viện (**Hình 1**).



Hình 1. Sự thay đổi động học men tim ở dân số nghiên cứu qua các thời điểm

A. Troponin I; B. CK-MB

So sánh tại thời điểm 24 giờ sau thủ thuật với ngay sau thủ thuật, nồng độ Troponin I và CK-MB giảm xuống được ghi nhận ở khoảng 2/3 số bệnh nhân trong dân số nghiên cứu (69,2% đối với Troponin I; 68,6% đối với CK-MB).

Bảng 3. Diễn tiến động học của Troponin I và CK-MB qua các thời điểm

Thời điểm sau can thiệp					
Men tim	Trước thủ thuật	0 giờ	6 giờ	24 giờ	Trước XV
Troponin I (ng/mL)					
Trung vị	146,4*	46,7	133	59, 4	18,6
Khoảng tứ phân vị 25 th – 75 th	35,4 - 207.1	22,2 – 158	43,8 – 253,9	23,9 – 105	5,8 – 40,9
Khoảng dao động	1 - 500	0,5 – 277,8	1,6 – 488,6	1,1 – 300	0,4 – 127,8
CK-MB (UI/L)					
Trung vị	116.7	92.7	119.1	62.9	25.2

Khoảng tứ phân vị 25 th – 75 th	58,7 – 214,4	43,9 – 153	55,1 – 230,1	36,8 – 101,1	17,3 – 38,0
Khoảng dao động	13,3 - 704,4	1,0 – 382,9	17,6 – 65,4	18,9 – 274,3	1,5 - 99,8

*: Tại thời điểm nhập viện trước khi tiến hành thủ thuật chỉ ghi nhận 36 trường hợp bệnh nhân có giá trị Troponin định lượng, 22 trường hợp có Troponin < 0,2 ng/mL và 47 trường hợp có kết quả Troponin I ở dạng định tính, bán định lượng > 1 ng/mL.

Khi so sánh các nồng độ Troponin I và CK-MB tại các thời điểm khác nhau sau can thiệp mạch vành ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại cặp thời điểm so sánh với p < 0,05 (**Hình 1**). Ngoại trừ, nồng độ men Troponin I tại thời điểm ngay sau can thiệp mạch vành (T0) và 24 giờ sau can thiệp mạch vành không có ý nghĩa thống kê. So sánh tại 6 giờ sau sau thủ thuật và

thời điểm ngay sau thủ thuật, khoảng 1/3 số bệnh nhân (33,3% đối với Troponin I; 38,1% đối với CK-MB) ghi nhận có sự giảm nồng độ 2 men này. Thời điểm 6 giờ sau can thiệp ghi nhận 59 bệnh nhân (chiếm 56,2%) tăng troponin I và 45 bệnh nhân (chiếm 42,9%) tăng CK-MB tăng đạt ngưỡng từ 20% trở lên so với nồng độ tại thời điểm ngay sau thủ thuật.

Không ghi nhận trường hợp nào tăng quá 2 lần khi so sánh men Troponin hoặc CK-MB tại thời điểm 24 giờ với 6 giờ sau thủ thuật. Hầu hết các trường hợp đều có giá trị men tim giảm theo thời gian khi so sánh 2 thời điểm này (**Bảng 4**).

Bảng 4. Số trường hợp tăng, giảm giá trị tuyệt đối của men Troponin I và CK-MB ở các cặp thời điểm với nhau

Thời điểm	Mức độ thay đổi					
	Giảm	≥ 2 lần	≥ 3 lần	≥ 5 lần	≥ 10 lần	Tăng ≥ 20%
Đối với Troponin I						
T6 so với T0	35 (33,3)	42 (40,0)	31 (29,6)	22 (21,0)	10 (15,2)	59 (56,2)
T24 so với T0	65 (69,2)	23 (21,9)	20 (19,1)	13 (12,4)	6 (5,7)	32 (32,4)
T24 so với T6	99 (94,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)
Đối với CK-MB						
CK6 so với CK0	40 (38,1)	30 (28,6)	17 (16,2)	6 (5,7)	1 (0,9)	45 (42,9)
CK24 so với CK0	72 (68,6)	9 (8,6)	7 (6,7)	3 (2,9)	1 (0,9)	22 (21,0)
CK24 so với CK6	95 (90,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (3,8)

IV. BÀN LUẬN

Thông qua việc theo dõi diễn tiến động học men tim gồm Troponin I và CK-MB ở 105 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da, chúng tôi ghi nhận có sự tăng nồng độ 2 men trên từ giai đoạn ngay sau can thiệp mạch vành đến 6 giờ sau can thiệp và giảm dần số đó (**Hình 1**). Tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp, gần 100% các trường hợp có diễn tiến men tim giảm khi so sánh với thời điểm 6 giờ.

Về đặc điểm chung của dân số nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng về các đặc điểm lâm sàng như độ tuổi lớn tuổi (trung bình 60 tuổi), giới nam và tiền căn quan trọng như hút thuốc lá, tăng huyết áp so với các nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên trước đó. Độ lọc cầu thận có giá trị trung bình là 64,8 ± 15,9 mL/phút/1,73 m² da, điều này sẽ không làm ảnh hưởng đến sự thanh thải của các men tim trên bệnh nhân trong dân số nghiên cứu [1].

Động học về sự thay đổi nồng độ các men

Giá trị là số số lượng (phần trăm). tim như Troponin I, Troponin T, CK-MB ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên không được can thiệp mạch vành qua da đã được nghiên cứu và đánh giá nhiều qua các công trình nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, đa trung tâm và quốc gia. Theo đó, trong nhồi máu cơ tim cấp, Troponin I sẽ bắt từ 3-12 giờ sau nhồi máu, đạt đỉnh sau 24-48 giờ và về bình thường sau 5-10 ngày. Tương tự, men CK-MB tăng trong vòng 3-12 giờ, đạt đỉnh trong vòng 24 giờ và trở về bình thường trong 48-72 giờ [1]. Tuy nhiên đây là diễn tiến động học của những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không được can thiệp mạch vành qua da. Trên đối tượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da thì đầu, diễn tiến động học các men tim còn ít được nghiên cứu tại Việt Nam.

Kết quả có được từ nghiên cứu của chúng tôi đã nêu ra được diễn tiến động học Troponin I, CK-MB trên đối tượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da. Tại thời điểm 6 giờ sau can thiệp, có 66,7% tăng Troponin và 61,9% tăng men CK-

MB so với thời điểm ngay sau can thiệp. Tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp, 30,8% tăng Troponin I và 31,4% tăng men CK-MB so với ngay sau can thiệp (**Bảng 4**). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới. Nghiên cứu được thực hiện bởi Nageh năm 2005 trên 316 bệnh nhân bệnh mạch vành ổn định được can thiệp động mạch vành chọn lọc với xét nghiệm Troponin I được thực hiện ngay trước thủ thuật, 6 giờ, 14 giờ và 24 giờ sau thủ thuật. lấy ngưỡng 0,1 ng/ml, ghi nhận 58 bệnh nhân có tăng Troponin I và 28 bệnh nhân có tăng CK-MB sau thủ thuật [6]. Nghiên cứu ở 2272 bệnh nhân được can thiệp mạch vành chương trình, Milani và cộng sự ghi nhận 16,4% bệnh nhân có nồng độ Troponin I tăng ở thời điểm 12-24 giờ sau can thiệp với giá trị $3,4 \pm 6,8$ ng/mL [7]. Nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Troponin I tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp mạch vành có giá trị trung vị là 59,4 (23,9 – 105) ng/mL.

Cơ chế tăng men tim sau thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành qua da có thể được lý giải do nhiều cơ chế khác nhau như tình trạng cơ thắt mạch vành, bóc tách động mạch vành, tình trạng huyết khối trong stent, hiện tượng no-reflow, tắc nghẽn tuần hoàn bàng hệ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận nếu có tình trạng tăng các men tim sau thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành sẽ dẫn đến tiên lượng lâu dài xấu hơn so với bệnh nhân không có tăng men tim sau can thiệp mạch vành. Cụ thể, Nageh và cộng sự cho thấy các biến cố tim mạch chính ở thời điểm 18 tháng sẽ tăng 25% ở nhóm bệnh nhân có tăng troponin I sau thủ thuật, với mối liên quan có ý nghĩa thống kê đáng kể OR 3,57 ($p < 0,001$) [6]. Ricciardin và cộng sự cho thấy tăng nồng độ Troponin I gấp 3 lần sau thủ thuật can thiệp mạch vành qua da dù thành công cũng có liên quan đến các biến cố tim mạch dài hạn ($r = 0,81$, $p = 0,01$) [5].

Đồng thời, theo dõi động học men tim về sẽ cung cấp thông tin quan trọng để chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp liên quan đến chụp và can thiệp mạch vành, còn gọi nhồi máu cơ tim tốp 4a theo đồng thuận Toàn cầu lần Thứ 4 về định nghĩa chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp [2]. Những thông tin về diễn tiến động học của Troponin I và CK-MB sau chụp và can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên sẽ đưa mang lại góc nhìn sơ khởi mới trên dân số người Việt Nam và giúp bác sĩ lâm sàng chú ý hơn nữa trên thực hành lâm sàng trong quá trình theo dõi diễn tiến

động học của các men này cho bệnh nhân sau đặt stent mạch vành.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận chính xác thời điểm từ lúc bệnh nhân khởi phát triệu chứng đau ngực đến lúc chụp và can thiệp mạch vành qua da. Vì từng thời điểm khác nhau sau nhồi máu diễn tiến động học của men tim có thể khác nhau. Nghiên cứu không ghi nhận biến chứng cũng như thời gian thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Từ những kết quả có được qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có tình trạng tăng men tim Troponin I và CK-MB sau thủ thuật can thiệp mạch vành qua da. Tại thời điểm 6 giờ sau can thiệp, có 66,7% tăng Troponin và 61,9% tăng men CK-MB so với thời điểm ngay sau can thiệp. Tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp, 30,9% tăng Troponin I và 31,4% tăng men CK-MB so với ngay sau can thiệp. Tại thời điểm 24 giờ sau can thiệp, tăng từ 20% trở lên chiếm 32,4% đối với Troponin I và 21% đối với CK-MB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benjamin M. S., Peter L., David A. M. ST-Elevation myocardial infarction: Pathophysiology and clinical evolution. Braunwald's HeartDisease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 11th Edition. Elsevier. 2019:1095-1122.
2. Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S. et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Eur Heart J. 2019;40(3):237-269.
3. Anderson J. L., Morrow D. A. Acute Myocardial Infarction. N Engl J Med. 2017;376(21):2053-2064.
4. Califf R. M., Abdelmeguid A. E., Kuntz R. E. et al. Myonecrosis after revascularization procedures. J Am Coll Cardiol. 1998;31(2):241-251.
5. Ricciardi M. J., Davidson C. J., Gubernikoff G. et al. Troponin I elevation and cardiac events after percutaneous coronary intervention. Am Heart J. 2003;145(3):522-528.
6. Nageh T., Sherwood R. A., Harris B. M. et al. Cardiac troponin T and I and creatine kinase-MB as markers of myocardial injury and predictors of outcome following percutaneous coronary intervention. Int J Cardiol. 2003;92(2-3):285-293.
7. Milani R. V., Fitzgerald R., Milani J. N. et al. The impact of micro troponin leak on long-term outcomes following elective percutaneous coronary intervention. Catheter Cardiovasc Interv. 2009;74(6):819-822.
8. Ibanez B., James S., Agewall S. et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177.

SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ INTERLEUKINE -1 β , INTERLEUKINE - 2 DỊCH MÀNG PHỔI TRONG MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

INTERLEUKINE -1 β (IL-1 β), INTERLEUKINE - 2 (IL-2) là những cytokine của phản ứng viêm cấp tính được giải phóng khi có tình trạng viêm nhiễm hay tổn thương tế bào. Xác định nồng độ của IL-1, IL-2 có thể gợi ý cho nguyên nhân nhiễm trong các dịch chọc dò. **Mục tiêu:** Xác định sự thay đổi của IL-1, IL-2 trong dịch chọc dò theo nguyên nhân tràn dịch. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMF), trong đó 184 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là lao (chiếm 64%), 43 bệnh nhân viêm phổi - màng phổi - VPMP (chiếm 15%), 39 bệnh nhân bị ung thư phổi di căn màng phổi (chiếm 13,6%), 20 bệnh nhân TDMP do các nguyên nhân suy tim, xơ gan, lupus (chiếm 7%). IL-1, IL-2 được thực hiện trên máy Elisa bằng KIT của Abcam (mỹ). Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** IL-1, IL-2 ở nhóm viêm màng phổi do nhiễm khuẩn cao hơn nhóm lao màng phổi, cao hơn nhóm bệnh lý ác tính và các nguyên nhân khác. **Kết luận:** IL-1, IL-2 là Biomarker có giá trị tham khảo trong chẩn đoán phân biệt tràn dịch màng phổi do nhiễm khuẩn

Từ khóa: Interleukine -1 β (IL-1 β), Interleukine - 2 (IL-2), tràn dịch màng phổi

SUMMARY

CHANGING INTERLEUKINE-1 β , INTERLEUKINE-2 IN CAUSES OF PLEURAL EFFUSION

INTERLEUKINE -1 β (IL-1 β), INTERLEUKINE - 2 (IL-2) are the cytokines of acute inflammatory response which are released when inflammation, infection or cell damage occurs. Determination of IL-1, IL-2 level can suggest about cause of infection in effusion. **Objectives:** To determine the change of IL-1, IL-2 in according to the reason of the pleural effusion (PE). **Subjects and Methods:** A cross-sectional study. It had 286 pleural effusion patients, including 184 Tuberculous Pleural Effusion (TPE) (occupy 64%), 43 infectious pleurisy (occupy 15%), 39 malignant diseases (occupy 13,6%) and 20 PE patients by other reasons such as Heart failure, Cirrhosis, Lupus (occupy 7%). IL-1, IL-2 were took place in Elisa by KIT from Abcam (USA). Data were processed by SPSS 16.0 software. **Result:** IL-1, IL-2 in infectious pleurisy group are higher than TPE group, which is higher than malignant disease and other reasons group. **Conclusion:** IL-1, IL-2 are Biomarker which have reference value in diagnosis for

determination of pleural effusion by bacteria infection (tuberculosis or other bacteria).

Keywords: Interleukine -1 β (IL-1 β), Interleukine - 2 (IL-2), Tuberculous Pleural Effusion (TPE)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cytokine bao gồm: các Interleukin với 35 thành viên (từ IL1 đến IL35), các colony stimulating factors (Macrophage CSF, Granulocyte CSF, Granulocyte Macrophage CSF), hormone tăng trưởng, Interferon, TNFs, NGF và các chemokine. Hầu hết các thụ thể của Cytokine đều có thành phần phức tạp từ các tiểu đơn vị có cấu trúc khác nhau nên nó có vai trò khác nhau. Cytokine đóng vai trò quan trọng trong phản ứng viêm của lao. Cơ chế tác dụng của Cytokine: Các Cytokine sau khi được giải phóng sẽ gắn lên các thụ thể bề mặt làm biến đổi mRNA và quá trình tổng hợp protein. Các Cytokine điều hòa cường độ và thời gian đáp ứng miễn dịch bằng cách phong bế hay ức chế sự tăng sinh của các tế bào khác nhau, có khả năng tiết các kháng thể hoặc các Cytokine khác. Cytokine được sản xuất tại chỗ khi xuất hiện chất lạ, tiếp đó nó bị phân hủy nhanh chóng như một phương thức tự điều hòa. Do vậy Cytokine là chất có thời gian bán hủy ngắn thường khó phát hiện trong máu. Để phát hiện và định lượng Cytokine cần kỹ thuật tiên tiến, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. IL-1 β , IL-2 đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới xác định có giá trị trong chẩn đoán phân biệt nguyên nhân do lao và không do lao. IL-2 được coi là xét nghiệm có giá trị phân biệt lao màng phổi ở các nước không lưu hành lao tương đương như mức độ ADA[1]. **Mục tiêu:** Xác định sự thay đổi của IL-1 β , IL-2 trong dịch chọc dò theo nguyên nhân tràn dịch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMP), điều trị nội trú tại bệnh viện Phổi Trung Ương và bệnh viện Phổi Hà Nội từ tháng 1/2019 – 6/2019. Các bệnh nhân được chọc dịch làm xét nghiệm IL-1, IL-2 và các xét nghiệm chẩn đoán khác xác định khác.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi được chọc dịch để chẩn đoán và điều trị

- Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ em < 15 tuổi. Bệnh nhân có kèm các bệnh mãn tính khác.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Đo nồng độ IL-1 β , IL-2 bằng phương pháp Elisa trên hệ thống Biotek. Hóa chất Human SimpleStep ELISA® Kit của Abcam (Mỹ). Quy trình thực hiện theo hướng dẫn:
<https://www.abcam.com/human-il-2-elisa-kit-ab174444.html>

<https://www.abcam.com/human-il-1-beta-elisa-kit-ab214025.html>

- Nuôi cấy vi sinh vật được thực hiện trên môi trường lỏng MGIT hệ thống BATEC 960

- Mẫu bảo quản ở nhiệt độ thường trong 2h, ở -35°C trong 3 tháng, thử nghiệm cho thấy mẫu dịch nếu bảo quản ở nhiệt độ 2-7°C sau 24h có thể làm sai lệch kết quả.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh tỉ lệ % bằng phép kiểm định χ^2 . So sánh trung bình bằng phép kiểm định T-test. Xác định yếu tố liên quan bằng đường cong ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1.1. Các nguyên nhân thường gặp gây TDMP

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Nhóm NC	Các nguyên nhân gây TDMP					P
	Tất cả	Nhóm lao	VMP	Bệnh lý ác tính	Khác	
Tổng (n)	286	184	43	39	20	0.8
Nam (%)	186 (65.0)	118 (64.1)	27 (62.7)	27 (69.2)	14 (70.0)	
Nữ (%)	100 (35.0)	66 (35.9)	16 (37.3)	12 (30.8)	6 (30.0)	
Tuổi (mean (SD))	53.3 (20.6)	47.4 (20.3)	64.0(19.4)	62,8 (14.4)	64.9(14.5)	0,001

Nhận xét: Tỷ lệ nam cao hơn nữ và không khác nhau về tỷ lệ ở nhóm TDMP do lao và không do lao ($p>0.05$). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao là $47,4\pm 20,3$, thấp hơn nhóm viêm màng phổi, bệnh lý ác tính, và TDMP do các nguyên nhân khác (sự khác biệt về tuổi ở hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

1.3. Đặc điểm về các triệu chứng lâm sàng trong nhóm nghiên cứu

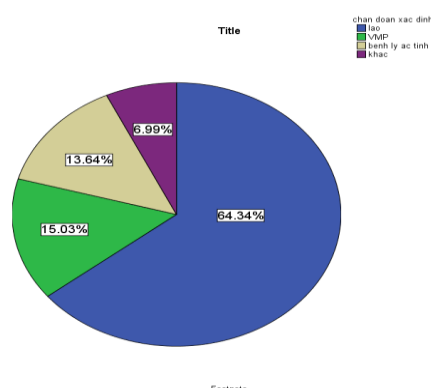
Bảng 3: các triệu chứng lâm sàng hay gặp trong TDMP

Triệu chứng lâm sàng	Các nguyên nhân gây TDMP				p
	Lao n (%)	VMP n (%)	Bệnh lý ác tính n (%)	Khác n (%)	
n (bệnh nhân)	184	43	39	20	
Sốt	96 (52.1)	27 (62.7)	5 (14.7)	4 (20.0)	<0.001
Gầy sút	33 (17.9)	3 (6.9)	7 (17.9)	2 (10.0)	0.2
Mệt mỏi	74 (40.2)	11 (25.6)	23 (58.9)	10 (50.0)	0.02
Ho	136 (73.9)	23 (53.5)	29 (74.4)	18 (90.0)	0.01
Ho kéo dài > 2 tuần	67 (36.4)	11 (25.6)	12 (30.7)	2 (10.0)	0.07
Đau ngực	133 (72.3)	19 (44.2)	31 (71.5)	14 (70.0)	0.001
Khó thở	87 (47.2)	19 (44.2)	24 (61.5)	15 (75.0)	0.04

Nhận xét: Sốt, gầy sút, ho, ho kéo dài, đau ngực, khó thở là các triệu chứng hay gặp khi bị tràn dịch màng phổi. Ngoài triệu chứng sốt, các triệu chứng gầy sút, ho, đau ngực, khó thở trong nhóm viêm màng phổi thấp hơn các nhóm khác ($p<0.05$)

2. So sánh nồng độ của IL1- β , IL-2, dịch màng phổi trong nhóm lao màng phổi với TDMP do các nguyên nhân khác

Bảng 4: So sánh giá trị IL1- β , IL-2, ở bệnh nhân TDMP do lao và các nguyên nhân khác



Biểu đồ 1: Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi

Nhận xét: Các nguyên nhân gây TDMP trong số 286 bệnh nhân được chọc dò dịch màng phổi có 184 bệnh nhân do lao (64.3%), 43 bệnh nhân viêm màng phổi – VMP (chiếm 15%), 39 bệnh nhân bị ung thư phổi di căn màng phổi (chiếm 13,7%), 20 bệnh nhân TDMP do các nguyên nhân khác là các nguyên nhân do suy tim, xơ gan, lupus... (chiếm 7%).

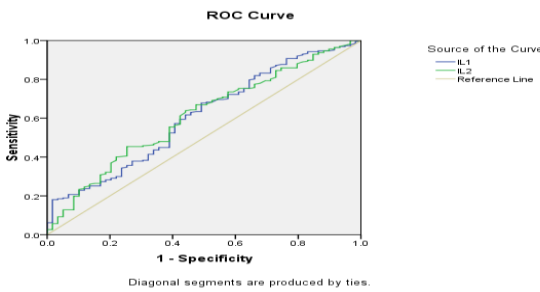
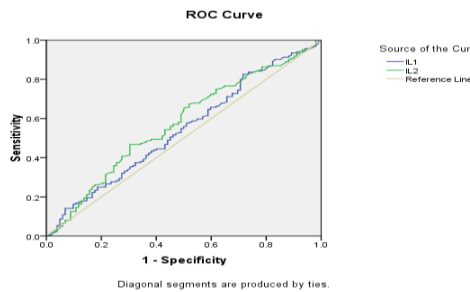
1.2. Đặc điểm về tuổi và giới

Biến số NC	Các nguyên nhân gây TDMP				p(Kruskal-Wallis Test)
		lao	VMP	Bệnh lý ác tính	
n		184	43	39	20
IL-1 β (pg/mL)	Median (IQR)	282.1 (368.8)	380.0 (593.6)	194.7 (191.2)	106.1 (127.9)
	Mean Rank	147.4	158.8	136.7	91.5
IL-2 (pg/mL)	Median (IQR)	53.6 (73.7)	49.3 (98.0)	45.7 (64.0)	31.1 (24.7)
	Mean Rank	144.8	138.6	141.3	96.2

(IQR: Interquartile Range)

Nhận xét: Giá trị IL-1 β và IL-2 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm TDMP do lao với các nguyên nhân viêm phổi màng phổi, ung thư và nguyên nhân khác ($p < 0.05$)

Bảng 5: Giá trị IL-1 β , IL-2 trong chẩn đoán TDMP do lao và do nhiễm khuẩn

Giá trị IL-1 β , IL-2 trong phân biệt TDMP do nhiễm khuẩn (bao gồm cả lao)				Giá trị IL-1 β , IL-2 trong phân biệt TDMP do lao			
							
	AUC	95% CI	p		AUC	95% CI	p
IL-1 β	0.61	0.53-0.68	0.01	IL-1 β	0.54	0.47-0.61	0.2
IL-2	0.62	0.54-0.69	0.009	IL-2	0.57	0.51-0.64	0.04

Nhận xét: IL-1 β , IL-2 có giá trị phân biệt ở mức trung bình các trường hợp TDMP do nhiễm khuẩn (bao gồm cả trường hợp do lao hoặc do các vi khuẩn khác) $p < 0.05$. IL-1 β , IL-2 không phải là marker có giá trị phân biệt tốt TDMP do lao.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Từ năm 1991, khi nghị quyết của Đại hội đồng Y tế thế giới (WHA) đã ghi nhận bệnh lao như một vấn đề y tế- sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng mang tính toàn cầu. Kế hoạch ngăn chặn Lao toàn cầu đã được đẩy mạnh bằng các cam kết chính trị từ các nước thành viên có tỷ lệ lao cao tại tuyến ngôn Amsterdam (2020), cam kết Washington về ngăn chặn lao (2001), diễn đàn Ngăn chặn lao tại Delhi (2004). Điều này cho thấy mặc dù là bệnh đã phát hiện từ hàng nghìn năm lao vẫn đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Đại dịch HIV/AIDS cùng tình trạng lao đa kháng thuốc (MDR-TB) làm tình hình mắc lao thêm trầm trọng, làm tăng tỷ lệ mắc các thể lao ngoài phổi. Theo WHO, lao ngoài phổi chiếm khoảng 15% trong tổng số 6,3 triệu ca lao mới mắc được ghi nhận năm 2016[2]. Một trong những nguyên nhân để bệnh lao phát triển nhanh là do phát hiện muộn tạo cơ sở lây lan trong cộng đồng. Người ta thấy

có đến 25% các trường hợp lao phổi, màng phổi không phát hiện được, 50% các trường hợp không phát hiện này được chẩn đoán là các bệnh ác tính, ngoài ra được chẩn đoán là nấm, viêm phổi, nhồi máu phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi không điển hình...[3]. Chính vì vậy các Biomarker đặc trưng cho lao và các bệnh nhiễm trùng đang ngày càng được ứng dụng trong thực tế lâm sàng để phân biệt nguyên nhân gây bệnh.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã lấy ngẫu nhiên 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi, những bệnh nhân này được khám lâm sàng, chụp XQ phổi, chọc dịch màng phổi xét nghiệm vi sinh vật, hóa sinh, tế bào trong dịch. Phương pháp vi sinh vật bao gồm nhuộm AFB, nuôi cấy MGIT, realtime PCR được thực hiện ở mẫu dịch. Trong số 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi có 184 bệnh nhân do lao (64.3%), 43 bệnh nhân viêm màng phổi – VMP (chiếm 15%), 39 bệnh nhân bị ung thư phổi di căn màng phổi (chiếm 13,7%), 20 bệnh nhân TDMP do các nguyên nhân khác là các nguyên nhân do suy tim, xơ

gan, lupus... (chiếm 7%). Ở trung quốc tỷ lệ tràn dịch màng phổi do lao trong số bệnh nhân tràn dịch màng phổi chiếm 40%, Nam phi (82,5%), Ấn Độ (23,5%), New Zealand (5,9%), Anh (5,6%), Tây Ban Nha (3,2%), Pháp (2,7%), Đan Mạch (2,1%)[4].

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao là $47,4 \pm 20,3$, thấp hơn nhóm viêm màng phổi, bệnh lý ác tính, và TDMP do các nguyên nhân khác (sự khác biệt về tuổi ở hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Theo nghiên cứu dịch tễ học của Hoa Kỳ tuổi trung bình lao màng phổi là 49 trong đó 50% dưới 45 tuổi và 30% trên 65 tuổi, ở những nước có tỷ lệ mắc lao lưu hành cao tuổi trung bình thấp hơn (khoảng 34 tuổi). Tuổi trung bình mắc lao màng phổi trong nghiên cứu này là 47,4 cũng tương đương với tuổi mắc lao màng phổi đã được Hoa Kỳ công bố. Mắc lao ở lứa tuổi lao động ảnh hưởng lớn đến gia đình và xã hội. Ở bệnh nhân TDMP tỷ lệ nam cao hơn nữ ở tất cả các nguyên nhân. Tỷ lệ này phù hợp với công bố của Kan Zhai (2016) tràn dịch màng phổi do lao chiếm ưu thế ở nam với tỷ lệ nam: nữ chung là 2:1 [4]. TDMP phổi ở nam cao hơn nữ một phần do thói quen sử dụng thuốc lá và ma túy. Đánh giá chung không thấy sự khác biệt về tỷ lệ nam /nữ ở nhóm TDMP do lao và nhóm không do lao ($p > 0,5$).

Triệu chứng lâm sàng là một trong những cơ sở quan trọng giúp bác sỹ định hướng chẩn đoán. Trong lao, các triệu chứng điển hình bao gồm: sốt về chiều, ho kéo dài, gầy sút. Tùy mức độ tràn dịch, bệnh nhân có thể có đau ngực, khó thở, đau bụng... Trong nghiên cứu này, ở nhóm tràn dịch màng phổi, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng sốt ở nhóm lao là 52,1%, nhóm viêm màng phổi 62,7% cao hơn nhóm bệnh lý ác tính và nguyên nhân không phải nhiễm khuẩn ($p < 0,05$). Các triệu chứng ho, đau ngực, khó thở ở nhóm lao cũng khá cao tuy nhiên triệu chứng này cũng hay gặp ở nhóm ung thư và nhóm các nguyên nhân khác như suy tim, xơ gan... Một nghiên cứu về lao màng phổi ở Tây Ban Nha cho tỷ lệ sốt và đau ngực ở bệnh nhân lao màng phổi lần lượt là 83% và 69%[5]. Chúng tôi thấy rằng các triệu chứng lâm sàng không đặc trưng cho chẩn đoán nguyên nhân gây TDMP.

2. So sánh nồng độ của IL1- β , IL-2, dịch màng phổi trong nhóm lao màng phổi với TDMP do các nguyên nhân khác

Các vai trò IL-1 chủ yếu là tăng biểu hiện các phân tử kết dính, tăng sự di cư của neutrophil và macrophage, gây tình trạng sốc, tăng sản xuất protein, sốt... Các nghiên cứu về mối liên quan

giữa IL-1, IL-2 với các bệnh lý tràn dịch chưa nhiều nhưng đã có những ý kiến cho thấy sự biến đổi L-1 β đóng một vai trò quan trọng trong các nhiễm trùng khác nhau. Các kết quả biến đổi thu được phụ thuộc vào sự có mặt của các tác nhân sinh lý khác nhau. Chắc chắn mức độ IL-1 β trong tràn dịch màng phổi do lao cao hơn so với những trường hợp nhiễm khuẩn do các nguyên nhân khác, cao hơn 4,5 lần so với nhóm không do nhiễm khuẩn[6]. IL-1 có vai trò đặc biệt trong việc kiểm soát hoạt động của tế bào T. Khi tế bào T được hoạt hóa, nó giải phóng IL-2 sau đó phân tử này lại tác hồi dưới hình thức tự tiết lại tế bào để tạo cầu nối với các quá trình tín hiệu trước do thụ thể của tế bào T tiết ra, sự tuần hoàn này góp phần thúc đẩy sự tổng hợp DNA trong tế bào. Cũng như đa số các Cytokine khác. Ngoài tế bào T, IL-2 còn tác động lên tế bào B, tế bào diệt tự nhiên, monocyte/macrophage. Vai trò sinh học của nó bao gồm hoạt hóa tế bào T, giúp tế bào này tăng sinh, tham gia vào quá trình phát triển tế bào B, tăng sinh hoạt hóa tế bào diệt tự nhiên, tăng cường hoạt động của monocyte/macrophage. Nhiều nghiên cứu cho thấy IL-2 cao hơn ở nhóm tràn dịch màng phổi do lao và nhóm do nguyên nhân khác [8]. Trong nghiên cứu này giá trị IL-1 β và IL-2 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm TDMP do lao với các nguyên nhân viêm phổi màng phổi, ung thư và nguyên nhân khác ($p < 0,05$). Một số nghiên cứu nhận thấy rằng nồng độ IL-1 trong dịch màng phổi cao hơn ở nhóm TDMP do lao, mặc dù sự chênh lệch này khá ít [7]. Điều này có thể được giải thích do trong nghiên cứu của Kaoru Shimokata và cộng sự, nhóm TDMP không do lao là những bệnh nhân TDMP do bệnh lý ác tính. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những bệnh nhân TDMP do suy tim, viêm màng phổi... Viêm màng phổi có thể là nguyên nhân ở đây khi mà nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng IL-1 β là một cytokine tiền viêm đóng vai trò chính trong các bệnh nhiễm trùng khác nhau, đặc biệt là do vi khuẩn. Naito T và cộng sự nhận thấy nồng độ IL-1 trong DMP của nhóm bệnh nhân TDMP do viêm phổi gây ra bởi tác nhân vi khuẩn cao hơn các nhóm còn lại [8]. Ilonidis, G. và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Hippokration, Đại học Aristotle ở Thessaloniki, Hy Lạp năm 2006 nghiên cứu trên 44 bệnh nhân tràn dịch màng phổi trong đó có 16 trường hợp viêm màng phổi, 14 trường hợp ung thư phổi, 14 trường hợp do lao. Kết quả cho thấy IL-1 β và IL-6 tăng trong huyết tương và dịch màng phổi của bệnh

nhân lao màng phổi và viêm màng phổi. Một trong những nguyên nhân gây thay đổi nồng độ cytokine tiền viêm là kháng sinh. Người ta thấy rằng vi khuẩn Gram (-) gây ra mức độ sản xuất cytokine tiền viêm (đặc biệt là IL-1 β) cao hơn vi khuẩn Gram(+). Khi sử dụng kháng sinh cefuroxime và gentamicin làm tăng mức độ sản xuất IL-1 β và IL-6, ngược lại khi diệt vi khuẩn bằng ciprofloxacin- và imipenem-cilastatin làm giảm sản xuất cytokine. Sử dụng kháng sinh có lẽ là một yếu tố gây nhiễu khi rất nhiều bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh khác nhau trước khi nhập viện, vấn đề này rất khó làm rõ khi việc sử dụng kháng sinh ở Việt Nam là vấn đề phổ biến và người bệnh có thể tự sử dụng mà không cần sự tư vấn thăm khám của thầy thuốc. Ngoài ra việc sử dụng một số các thuốc kháng viêm cũng gây giảm cytokine tiền viêm (IL-6, MIP-1 α và IL-1 β) thông qua ức chế NF-B. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ IL-2 ở nhóm bệnh nhân TDMP do lao và không do lao có sự khác biệt ($p < 0.05$). Sự khác biệt ở nhóm lao màng phổi với nhóm TDMP do các nguyên nhân khác như suy tim, xơ gan.... Chúng tôi không thấy sự khác biệt rõ ràng ở nhóm viêm màng phổi và bệnh lý ác tính (bảng 4). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Akarsu S và cộng sự khi không nhận thấy có sự khác biệt về nồng độ của IL-2 trong DMP của các nhóm bệnh nhân TDMP dịch tiết, bao gồm do lao và các nguyên nhân khác [6]. Nhiều nghiên cứu cho thấy IL-2 cao hơn ở nhóm tràn dịch màng phổi do lao và nhóm do nguyên nhân khác [6]. Shimokata và cộng sự cho thấy nồng độ IL-2 ở mức không thể phát hiện được ở 25% tràn dịch màng phổi tuberculous và 75% tràn dịch màng phổi ung thư, mức độ IL-2 trong dịch màng phổi ở mức thấp hơn không thể thấy ở 44% bệnh nhân, trong khi mức IL-2 của 56% còn lại được đánh giá là $176,6 \pm 33,4$ pg/mL. Tuy vậy, độ nhạy và độ đặc hiệu của IL-2 trong những nghiên cứu này không cao, lần lượt là 67% và 76%. Sự khác biệt này có thể được giải thích do sự khác nhau về phương pháp định lượng hoặc việc lựa chọn bệnh nhân vào nhóm chứng.

Trong nghiên cứu, theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của IL-1 β , IL-2 trong dịch màng phổi đều không có khả năng phân biệt tốt lao màng phổi với AUC < 0.6 . Quan-Yuan Chen và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Shuang Ho, Đại học Y Đài Bắc, Đài Loan năm 2016, ghi nhận trên 22 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính và 5 bệnh nhân TDMP do lao.

Kết quả phân tích cho thấy IL-1 β tăng cao ở bệnh nhân TDMP do lao so với TDMP do ung thư. Điểm cắt 5.5pg/mL có giá trị phân biệt AUC: 0.8, độ nhạy 0.86, độ đặc hiệu: 0.8. Chúng tôi cũng thấy rằng các nghiên cứu của Trung Quốc và một số nghiên cứu ở các khu vực lao lưu hành thì các giá trị IL-2 để phân biệt tràn dịch màng phổi do lao là không cao nhưng ở các nghiên cứu thuộc khu vực lưu hành lao thấp thì IL-2 có giá trị phân biệt tốt hơn [1]. Vấn đề giá trị IL-2 cần được nghiên cứu đầy đủ hơn và so sánh giữa máu và dịch để tìm sự khác biệt. Shimokata và cộng sự cho thấy nồng độ IL-2 ở mức không thể phát hiện được ở 25% tràn dịch màng phổi tuberculous và 75% tràn dịch màng phổi ung thư, mức độ IL-2 trong dịch màng phổi ở mức thấp hơn không thể thấy ở 44% bệnh nhân, trong khi mức IL-2 của 56% còn lại được đánh giá là $176,6 \pm 33,4$ pg / mL [7]. Chúng tôi thấy rằng IL-1, IL-2 có giá trị phân biệt tốt hơn khi cộng gộp nhóm lao và nhóm nhiễm khuẩn. Như vậy IL-1, IL-2 được coi là marker đánh giá nguyên nhân TDMP do nhiễm trùng bao gồm cả lao và các nhiễm trùng do các nguyên nhân khác.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ IL-1 β , IL-2 trong dịch màng phổi tăng ở nhóm nhiễm trùng bao gồm các nguyên nhân do lao và nhiễm trùng do các vi khuẩn khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tural Onur, S., et al., Are soluble IL-2 receptor and IL-12p40 levels useful markers for diagnosis of tuberculous pleurisy? *Infect Dis (Lond)*, 2015. **47**(3): p. 150-5.
2. W.H.O., Global tuberculosis report. 2017.
3. Amer, S., et al., Evaluation of different laboratory methods for rapid diagnosis of tuberculous pleurisy. *Int J Mycobacteriol*, 2016. **5**(4): p. 437-445.
4. Zhai, K., Y. Lu, and H.Z. Shi, Tuberculous pleural effusion. *J Thorac Dis*, 2016. **8**(7): p. E486-94.
5. Bielsa, S., et al., Comparison of polymorphonuclear- and lymphocyte-rich tuberculous pleural effusions. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2013. **17**(1): p. 85-9.
6. Akarsu, S., et al., The differential diagnostic values of cytokine levels in pleural effusions. *Mediators Inflamm*, 2005. **2005**(1): p. 2-8.
7. Shimokata, K., et al., Cytokine content in pleural effusion. Comparison between tuberculous and carcinomatous pleurisy. *Chest*, 1991. **99**(5): p. 1103-7.
8. Naito, T., et al., [Clinical significance of cytokine measurement in pleural effusion]. *Kekkaku*, 1997. **72**(10): p. 565-72.
9. Anusiem, C.A. and P.O. Okonkwo, The Impact of Treatment on the Serum Concentration of Interleukin-1 Beta in Pulmonary Tuberculosis. *Am J Ther*, 2017. **24**(3): p. e329-e332.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Chu Thị Phương Mai¹, Đỗ Thị Minh Phương¹,
Phạm Thị Thanh Nga², Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm tụy cấp là bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý tụy ở trẻ em. **Mục tiêu:** nhận xét kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em theo mức độ nặng của bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu trên 72 trẻ được chẩn đoán viêm tụy cấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương gian từ 1/8/2016 đến 31/7/2017. **Kết quả:** 70,8% bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần. 29,2% trường hợp phải phẫu thuật. Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng sử dụng kháng sinh và Sandostatin cao hơn nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ ($p < 0,05$). Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm tụy cấp thể nhẹ ngắn hơn so với viêm tụy cấp thể nặng ($8,60 \pm 5,79$ và $21,0 \pm 19,51$ ngày, $p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng và viêm tụy tái diễn đều là 25%. Tỷ lệ khỏi hoàn toàn cao hơn và biến chứng thấp hơn ở nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ so với thể nặng ($p < 0,05$). 4,2% bệnh nhân tử vong trong quá trình điều trị. Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng có dịch ổ bụng phát hiện qua siêu âm cao gấp 14,9 lần so với thể nhẹ (95% CI: 4,3–51,4; $p < 0,05$). **Kết luận:** viêm tụy cấp chủ yếu điều trị nội khoa, chỉ định ngoại khoa khi có dị dạng đường mật tụy hoặc biến chứng tại chỗ. Viêm tụy cấp thể nặng có thời gian nằm viện dài hơn, tỷ lệ sử dụng các thuốc phối hợp và biến chứng cao hơn thể nhẹ.

Từ khóa: viêm tụy cấp, đau bụng, trẻ em, điều trị.

SUMMARY

OUTCOMES OF PEDIATRIC ACUTE PANCREATITIS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Acute pancreatitis is the most common disease of children's pancreatic problems. **Aim:** To assess outcomes in children with acute pancreatitis according to severity classification. **Subjects and method:** A prospective study of 72 children diagnosed acute pancreatitis at the National Children's Hospital between 01/8/2016 – 31/7/2017. **Results:** 70,8% patients had good results with single medical management. 29,2% cases necessitated surgical interventions. Rates of taking antibiotics and Sandostatin were higher in severe group compared to the mild one ($p < 0,05$). The average length of hospitalization for patients with mild acute pancreatitis was shorter than the severe one ($8,60 \pm 5,79$ và $21,0 \pm 19,51$ days, $p < 0,05$). Rates of patients with complications or recurrent acute pancreatitis were

25%. The prevalence of complications were lower in severe group compared to the mild one, while the prevalence of complete recovery was significantly higher in mild group than in the severe one ($p < 0,05$). 4,2% patients died during the treatment. In patients with severe acute pancreatitis, we found fluid in abdominal cavity detected on the ultrasound was greater 14,9 times than the mild one (95% CI: 4,3 – 51,4; $p < 0,05$). **Conclusion:** Medical treatment is essential in managing acute pancreatitis. Surgical interventions are indicated in the case of anatomic abnormalities or local complications. Severe acute pancreatitis has the longer time of hospital stay, higher rates of taking combined medications and having complications than the mild one.

Keywords: Acute pancreatitis, abdominal pain, children, management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào nang tuyến do sự tiêu hủy của các enzyme tụy, với các mức độ từ nhẹ đến nặng và có thể gây tử vong [1]. Viêm tụy cấp là bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý tụy ở trẻ em. Tại Ấn Độ, viêm tụy cấp chiếm 59,1%–62,5% trong tổng số bệnh lý tụy ở trẻ em [2]. Nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa tại Huế cho thấy viêm tụy cấp chiếm 40% tổng số trẻ nhập viện vì đau bụng cấp [3]. Phần lớn viêm tụy cấp ở trẻ em là lành tính, có thể tự hồi phục. Tuy nhiên, khoảng 20% viêm tụy cấp ở trẻ em là thể bệnh nặng có thể dẫn đến nhiều biến chứng thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán sớm, chính xác và xác định đúng mức độ nặng của bệnh là rất cần thiết để có các biện pháp điều trị tích cực ngay từ ban đầu đặc biệt ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng [4]. Các phác đồ điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em hiện nay vẫn chủ yếu dựa vào phác đồ điều trị viêm tụy cấp dành cho người lớn. Chưa có nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam ghi nhận kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em theo mức độ nặng của bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 72 trẻ được chẩn đoán viêm tụy cấp và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 1/8/2016 đến

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2020

Ngày duyệt bài: 24.2.2020

31/7/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Trẻ ≤ 16 tuổi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn của Atlanta 2012 [5]. Bệnh nhân có ít nhất 2 trong các biểu hiện sau:

- + Đau bụng cấp
- + Nồng độ p-amylase/lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường hoặc
- + Siêu âm hoặc CT hoặc MRI bụng: có hình ảnh viêm tụy cấp
- Trẻ và cha mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ đầy đủ quy trình khám, đánh giá điều trị viêm tụy cấp.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Trẻ bị viêm tụy cấp xảy ra trên nền viêm tụy mạn tính, viêm tụy tái diễn.
- Trẻ bị viêm tụy cấp đến muộn sau 7 ngày.
- Trẻ không tuân thủ phác đồ điều trị.
- Trẻ và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc.

Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp được chọn vào nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ và theo dõi sát các triệu chứng. Đánh giá bệnh nhân tại 3 thời điểm: sau 48 giờ nhập viện (T_1), bắt đầu cho ăn lại (T_2), khi ra viện (T_3) và có thể theo dõi tiếp trong 3–6 tháng sau ra viện để đánh giá diễn biến của viêm tụy cấp (nếu có biến chứng hoặc tái phát trở lại).

- Tại thời điểm T_1 : bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm để đánh giá lại mức

độ nặng của bệnh theo tiêu chuẩn Atlanta 2012. Viêm tụy cấp mức độ nhẹ được xác định khi không có dấu hiệu suy cơ quan và không có biến chứng tại chỗ, toàn thân. Mức độ nặng khi bệnh nhân có suy cơ quan, có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân.

- Tại thời điểm T_2, T_3 : bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm p-amylase, lipase.

- Tất cả bệnh nhân được hẹn khám lại và nhận xét diễn biến của viêm tụy cấp đến hết thời gian tiến hành nghiên cứu.

Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý số bằng phần mềm SPSS 16.0. Phân tích số liệu tại 4 thời điểm: lúc nhập viện (T_0), sau 48 giờ (T_1), trước khi ăn lại (T_2), trước khi ra viện (T_3). Các thuật toán thống kê: χ^2 test, tính trung bình và độ lệch chuẩn, T-test, kiểm định Mann-Whitney U. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Trường đại học Y Hà Nội, được sự chấp thuận của Bệnh viện Nhi Trung Ương. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về nội dung nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào. Nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $6,2 \pm 3,3$ tuổi (17 tháng – 14 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,2. Tỷ lệ viêm tụy cấp thể nhẹ, nặng vừa và nặng lần lượt là 70,8%, 15,3% và 13,9%. 44,4% trẻ bị viêm tụy cấp xác định được nguyên nhân trong đó bệnh lý đường mật là nguyên nhân hay gặp nhất.

Kết quả điều trị viêm tụy cấp theo mức độ nặng của bệnh

Bảng 1. So sánh các biện pháp điều trị viêm tụy cấp theo mức độ nặng của bệnh

Phương pháp điều trị		Thể nhẹ (n=51)		Thể nặng (n=21)		p
		n	%	n	%	
Điều trị nội khoa	Nhịn ăn	49	96,1	21	100	
	Nuôi dưỡng tĩnh mạch	49	96,1	21	100	
	Giảm đau	17	33,3	12	57,1	0,016
	Kháng sinh	30	58,8	20	95,2	0,001
	Giảm tiết acid	45	88,2	17	81,0	
	Sandostatin	20	39,2	14	66,7	0,008
Điều trị ngoại khoa		14	27,5	7	33,3	>0,05

Nhận xét: 70,8% bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần. 29,2% trường hợp phải điều trị ngoại khoa. 69,4% bệnh nhân phải sử dụng kháng sinh. 47,2% bệnh nhân được điều trị giảm tiết bằng Sandostatin. Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng sử dụng kháng sinh và Sandostatin cao hơn nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ ($p < 0,05$).

Bảng 2. So sánh thời gian bắt đầu ăn đường miệng theo mức độ nặng của bệnh

Thời gian	Thể nhẹ (n=51)		Thể nặng (n=19*)		p
	n	%	n	%	
<3 ngày	13	25,5	0	0	0,001

3 – 5 ngày	32	62,7	8	42,1	
>5 ngày	6	11,8	11	57,9	
Trung bình $\pm$ SD	4,1 $\pm$ 3,0		8,0 $\pm$ 5,8		0,025

*: 2 bệnh nhân viêm tụy cấp thể nặng tử vong trước khi hết triệu chứng đau bụng

Nhận xét: Viêm tụy cấp thể nhẹ có thời gian bắt đầu tập ăn lại chủ yếu từ 3–5 ngày (62,7%), trong khi viêm tụy cấp thể nặng chủ yếu là trên 5 ngày (57,1%). Thời gian trung bình bắt đầu tập ăn lại của viêm tụy cấp thể nặng dài hơn so với thể nhẹ ($p < 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả điều trị và mức độ nặng của bệnh

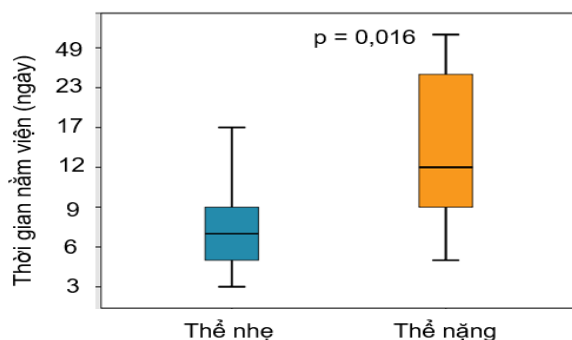
Kết quả điều trị	Thể nhẹ (n=51)		Thể nặng (n=21)		p
	n	%	n	%	
Khỏi	36	70,6	3	14,3	0,001
Biến chứng	0	0	18	85,7	0,001
Tái phát	13	25,5	5	23,8	0,881
Tử vong	1	2,0	2	9,5	0,202

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị khỏi hoàn toàn là 54,2%. Bệnh nhân viêm tụy cấp thể nhẹ có tỉ lệ khỏi hoàn toàn cao hơn thể nặng ($p < 0,05$). Tỷ lệ biến chứng là 25,0%. 4,2% bệnh nhân tử vong trong quá trình điều trị. 2 bệnh nhân thể nặng tử vong do suy chức năng đa cơ quan. 1 bệnh nhân thể nhẹ tử vong do sốt giảm bạch cầu hạt trong bệnh bạch cầu cấp dòng lympho. 25,0% bệnh nhân viêm tụy cấp tái phát sau điều trị. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát giữa viêm tụy cấp thể nhẹ và nặng ($p > 0,05$).

Bảng 4. Biến chứng tại chỗ và các cơ quan theo mức độ nặng của viêm tụy cấp

Biến chứng		Thể nhẹ		Thể nặng	
		N	%	n	%
Biến chứng tại chỗ	Tụ dịch quanh tụy	0	0	5	19,0
	Nang giả tụy	0	0	5	19,0
	Hoại tử tụy	0	0	7	33,3
Biến chứng cơ quan	Suy chức năng 1 cơ quan	1	2,0	9	42,9
	Suy chức năng $\geq$ 2 cơ quan	0	0	4	5,6
Dịch ổ bụng (phát hiện qua siêu âm)		9	19,1	16	80,0

Nhận xét: Tỷ lệ có biến chứng gặp ở nhóm viêm tụy cấp thể nặng cao hơn so với nhóm thể nhẹ ($p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng có dịch ổ bụng phát hiện qua siêu âm cao gấp 14,9 lần so với thể nhẹ (95% CI: 4,3–51,4; $p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Liên quan giữa thời gian nằm viện và mức độ nặng của bệnh

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm tụy cấp thể nhẹ ngắn hơn so với thể nặng (8,60 $\pm$ 5,79 và 21,0 $\pm$ 19,51 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp điều trị viêm tụy cấp. Nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp là cho tụy nghỉ ngơi, giảm bài tiết để ngăn cản quá trình tự tiêu

của tuyến tụy, theo dõi, phát hiện biến chứng và điều trị nguyên nhân nếu có. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 70,8% bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần tương tự như các nghiên cứu khác. Antunes và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 37 bệnh nhân viêm tụy cấp, trong đó 26 bệnh nhân chỉ cần điều trị nội khoa (70,3%) [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế, ghi nhận điều trị nội khoa chiếm 84,2% [3].

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch trong nghiên cứu là 97,2%, trong đó 100% bệnh nhân viêm tụy cấp thể nặng phải nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch. Tỷ lệ trẻ phải nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Ramirez trên 55 bệnh nhân viêm tụy cấp có 61,8% được nuôi dưỡng qua sonde, 38,2% nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch [7]. Trong nghiên cứu của Park tiến hành trên 271

bệnh nhân viêm tụy cấp, 88,6% bệnh nhân nhịn ăn hoàn toàn và phải nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Thời gian nhịn ăn trung bình là 2,1 ngày [8]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian nhịn ăn của bệnh nhân chủ yếu từ 3 đến 5 ngày (chiếm 55,6%). Viêm tụy cấp thể nhẹ có thời gian nhịn ăn trung bình ngắn hơn so với viêm tụy cấp thể nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

69,4% bệnh nhân viêm tụy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi phải sử dụng kháng sinh, tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng sử dụng kháng sinh cao hơn thể nhẹ, $p = 0,001$. Trong các trường hợp viêm tụy cấp thể nhẹ, tần suất xuất hiện biến chứng nhiễm trùng và tỷ lệ tử vong thấp, do đó kháng sinh dự phòng thường không cần thiết. Tuy nhiên, kháng sinh vẫn có thể sử dụng nếu bệnh nhân có các bệnh lý nhiễm trùng kèm theo. Đối với viêm tụy cấp thể nặng, kháng sinh có thể giúp giảm các biến chứng viêm tụy cấp nhiễm trùng và cải thiện tiên lượng bệnh [4].

Kết quả điều trị viêm tụy cấp. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm tụy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là $12,1 \pm 8,56$ ngày. Viêm tụy cấp thể nhẹ có thời gian nằm viện trung bình ($8,6 \pm 5,79$ ngày) ngắn hơn so với thể nặng ($21,0 \pm 19,51$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo Antunes và cộng sự, thời gian nằm viện trung vị là 6 ngày (ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 89 ngày). Viêm tụy cấp thể nặng có thời gian nằm viện dài hơn so với thể nhẹ (trung bình là 40,4 ngày so với 10,5 ngày; $p = 0,013$). [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa cho kết quả thời gian nằm viện là $11,2 \pm 10,3$ ngày [3]. Nhìn chung, thời gian nằm viện phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nguyên nhân gây viêm tụy cấp (trong đó chấn thương là nguyên nhân hàng đầu kéo dài thời gian nằm viện), các trường hợp có chỉ định điều trị ngoại khoa và tuổi nhỏ có thời gian nằm viện lâu hơn [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân viêm tụy cấp có biến chứng là 25%, trong đó 17 trường hợp có biến chứng tại chỗ (bao gồm tụ dịch quanh tụy, nang giả tụy và hoại tử tụy), 14 trường hợp có biến chứng suy chức năng cơ quan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế [3], Mekitarian Filho và cộng sự [9], Antunes và cộng sự [6]. Các tác giả đều ghi nhận hoại tử tụy và nang giả tụy là 2 biến chứng tại chỗ thường gặp nhất của bệnh nhân viêm tụy cấp. Nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa cho thấy tỷ lệ biến chứng tại chỗ là 19,1%, trong đó nang giả tụy

chiếm tỷ lệ chủ yếu (13,5%), tỷ lệ suy chức năng cơ quan là 21,3% [3]. Trong một số nghiên cứu khác, tỷ lệ nang giả tụy dao động từ 10–20%, chủ yếu liên quan đến nguyên nhân chấn thương [7].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng có dịch ổ bụng phát hiện qua siêu âm cao gấp 14,9 lần so với thể nhẹ (95% CI: 4,3–51,4; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa cho thấy 53,6% bệnh nhân siêu âm có dịch ổ bụng, tỷ lệ này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ và thể nặng với $p = 0,001$ [3]. Filho và cộng sự cho rằng tràn dịch các màng như màng bụng, màng phổi cũng có thể góp phần làm nặng thêm tình trạng của bệnh nhân [9].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm tụy cấp đa số đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần, điều trị ngoại khoa chủ yếu là điều trị nguyên nhân hoặc biến chứng tại chỗ của viêm tụy cấp. Viêm tụy cấp thể nặng có thời gian nằm viện trung bình lâu hơn, tỷ lệ sử dụng kháng sinh, sandostatin, thuốc giảm đau và tỉ lệ gặp biến chứng cao hơn so với thể nhẹ. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát giữa hai thể bệnh.

Lời cảm ơn. Nhóm tác giả xin cảm ơn bệnh nhân và gia đình bệnh nhân đã tham gia và hợp tác tốt với chúng tôi trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, et al. (2016). Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. Canadian Journal of Surgery, 59 (2), 13.
2. Goh SK, Chui CH, Jacobsen AS. (2003). Childhood Acute Pancreatitis in a Children's Hospital. Singapore Medical Journal, 44 (9), 453-456.
3. Phạm Thị Minh Khoa, Nguyễn Gia Khánh. (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp ở trẻ, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Suzuki M., Sai J.K. and Shimizu T. (2014). Acute pancreatitis in children and adolescents. World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology, 5 (4), 416-426.
5. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C., et al (2013). Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut, 62, 102-111.
6. Antunes H., Nascimento J., Mesquita A., et al. (2014). Acute pancreatitis in children: a tertiary hospital report. Scandinavian Journal of

- Gastroenterology, **49** (5), 642-647.
7. **Sanchez-Ramirez C.A., Larrosa-Haro A.**, Flores-Martinez S, et al. (2007). Acute and recurrent pancreatitis in children: etiological factors. *Acta Paediatrica*, **96** (4), 534-537.
8. **Park A.J., Latif S.U., Ahmad M.U., et al** (2010). A Comparison of Presentation and Management Trends

- in Acute Pancreatitis Between Infants/Toddlers and Older Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, **51** (2), 167-170.
9. **Mekitarian Filho E., Carvalho WB., Silva FD.** (2012). Acute pancreatitis in pediatrics: a systematic review of the literature. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, **88** (2), 101-114.

NHỮNG YẾU TỐ TÁC ĐỘNG TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LIỆT TỬ

Nguyễn Đình Hòa¹, Dương Thị Thùy², Đoàn Thị Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá các yếu tố tác động tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chấn thương cột sống liệt tử. **Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân đang điều trị CTCSLT khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức từ 07/2018 – 07/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính. **Kết quả:** 85% người CTCSLT có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân, 84% tỉ lệ người CTCSLT gặp phải căng thẳng khi có sự thay đổi về mọi mặt trong cuộc sống của họ, 53% người CTCSLT thường xuyên lo lắng về vấn đề sự thiếu hụt trong hình ảnh của cơ thể, 35% người CTCSLT thường xuyên có trải nghiệm xúc cảm về sự bối rối trong tâm lý với rất nhiều thay đổi khác nhau, và 58% tỉ lệ người CTCSLT ít nhất có trải qua sự bối rối và thay đổi đột ngột về tính cách. **Kết luận:** Nhìn chung các vấn đề phổ biến thường gặp là sự căng thẳng, sự thiếu hụt trong hình ảnh cơ thể, hay những nhận thức tiêu cực về bản thân và bối rối trong sự thay đổi đột ngột của tính cách.

Từ khóa: công tác xã hội, chấn thương cột sống, liệt tử

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

Purpose: To evaluate factors affecting the quality of life of spinal cord injury (SCI) patients at Viet Duc Hospital. **Methods and subjects:** a cross-sectional study, using quantitative and qualitative methods. Subjects are patients who were undergoing treatment of SCI at Spine Surgery Department - Viet Duc Hospital from July 2018 - July 2019. **Results:** 85% of SCI patients had negative thoughts about themselves, 84% suffered from stress when there were many changes in all aspects of their life, 53% of patients

often worried about the lack of images in the body images, and 58% had at least experienced confusion and sudden change in their characters. **Conclusion:** In general, common problems of SCI patients are stress, lack of body image, negative perceptions of self and confusion in sudden change of personality.

Key words: social work, spinal cord injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm có khoảng 40 ca Chấn thương cột sống mới trong một triệu dân hoặc tổng số có khoảng 12000 ca CTCS tại Mỹ. Bệnh nhân nam giới chiếm đa số với tỷ lệ khoảng 77%, tuổi trung bình của bệnh nhân trong ba thập kỷ gần đây khoảng từ 28,7 đến 39,5 tuổi với nguyên nhân chính là tai nạn giao thông và ngã cao. Tỉ lệ thương đụng dập tử chiếm 70%. Tại Mỹ, chi phí cho bệnh nhân CTCS hàng năm lên đến 10 tỷ đô la Mỹ, chưa bao gồm chi phí điều trị loét tỳ đè, một biến chứng hay gặp nhất của CTCS liệt tử hoàn toàn, có thể thêm hàng tỷ đô la Mỹ mỗi năm [1],[2]. Tại Việt Nam, CTCSLT gặp chủ yếu do tai nạn lao động và tai nạn giao thông với độ tuổi trung bình khoảng 35-40 có thể chiếm đến 80%, đây là lực lượng lao động chính của xã hội [1]. Bệnh nhân CTCSLT, sau khi điều trị theo đúng phác đồ có thể phục hồi, trở về cuộc sống thường ngày, lao động sản xuất ra vật chất cho bản thân, gia đình và xã hội. Tuy nhiên, khi bị liệt tử hoàn toàn, ngoài vấn đề mất sức lao động sau chấn thương, phụ thuộc vào người chăm sóc, bệnh nhân còn phải được điều trị các biến chứng như loét tỳ đè, nhiễm trùng tiết niệu, viêm tắc tĩnh mạch chi... Đây không chỉ nâng giá thành điều trị lên rất nhiều lần mà còn là một sang chấn tinh thần nặng nề cho bệnh nhân và gia đình, nhiều trường hợp không thể tiếp tục điều trị do bản thân bệnh nhân từ chối [1]. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện bài báo "Những yếu tố tác động tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chấn thương cột sống liệt tử" nhằm mô tả thực trạng những khó khăn, mặc cảm về

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trường Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

tinh thần của các bệnh nhân CTCSLT đang điều trị tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân đang điều trị CTCSLT khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện; chọn 70 mẫu bệnh nhân và 30 mẫu người nhà người bệnh đang điều trị CTCSLT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ 07/2018 – 07/2019.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật Cột sống-Bệnh viện Việt Đức từ 07/2018 – 07/2019.

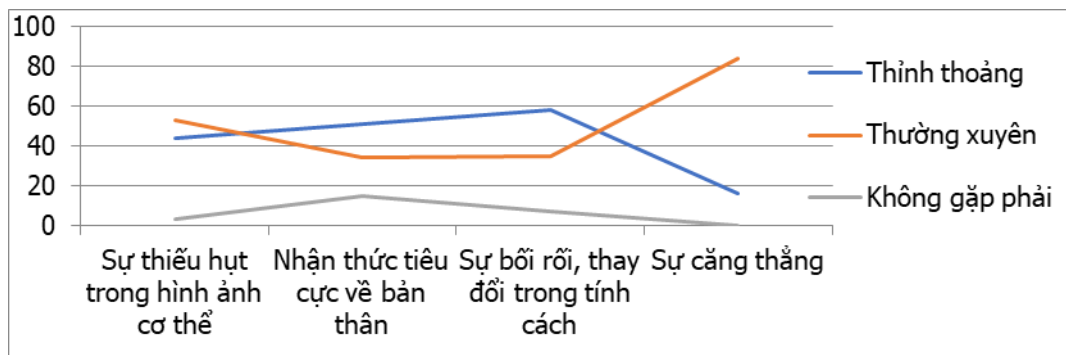
2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức đồng ý; Các bệnh nhân được phỏng vấn hoàn toàn trên tinh thần tự nguyện. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Yếu tố về tâm lý – xã hội của người CTCSLT.

Những vấn đề về tâm lý - xã hội mà người CTCSLT phải đương đầu mang tính nan giải, phức tạp, đa chiều và tùy vào từng trường hợp khác nhau do tai nạn, bệnh tật, các tình trạng khuyết tật rất khác nhau. Qua phỏng vấn sâu với 100 đối tượng nghiên cứu, nhìn chung các vấn đề phổ biến thường gặp là sự căng thẳng, sự thiếu hụt trong hình ảnh cơ thể, hay những nhận thức tiêu cực về bản thân và bối rối trong sự thay đổi đột ngột của tính cách. Các vấn đề được thống kê rõ ràng qua biểu đồ:



Biểu đồ 1. Đánh giá các vấn đề gặp phải về tâm lý - xã hội của người CTCSLT (Kết quả khảo sát tháng 4/2019)

- **Sự căng thẳng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 84% đối tượng nghiên cứu gặp phải căng thẳng khi có sự thay đổi về mọi mặt trong cuộc sống của họ. Trong đó 53% người CTCSLT thường xuyên lo lắng về vấn đề sự thiếu hụt trong hình ảnh của cơ thể, 44% thịnh thoảng với các áp lực về vấn đề này cũng gây ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe tinh thần của người CTCSLT. Bên cạnh đó, có tới 85% bệnh nhân CTCSLT có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân.

- **Sự bối rối, thay đổi không thể dự đoán được trước trong tính cách.**

Mặc dù tiến trình của một vài bệnh mãn tính và dạng khuyết tật là khá ổn định và có thể dự đoán được. Tuy nhiên đối với CTCSLT hầu hết các dạng biến chứng lại không ổn định thể hiện rõ nhất qua tỉ lệ 35% người CTCSLT thường xuyên có trải nghiệm xúc cảm về sự bối rối trong tâm lý với rất nhiều thay đổi khác nhau, và 58% tỉ lệ người CTCSLT ít nhất có trải qua sự bối rối

và thay đổi đột ngột về tính cách.

3.2. Yếu tố về giới tính – tình dục

- **Các vấn đề liên quan đến giới tính và đời sống hôn nhân.**

Ảnh hưởng của CTCSLT đối với các thành viên gia đình, các nghiên cứu về ảnh hưởng của thương tích tùy sống đối với các gia đình thường tập trung vào vợ chồng và ít chú ý đến các thành viên khác trong gia đình. Các thành viên gia đình bị căng thẳng, đau buồn và trầm cảm khi bị thương tùy sống xảy ra trong gia đình, gánh nặng của việc chăm sóc thường xuyên nhất rơi vào người vợ/chồng.

"Chồng chị vẫn chăm sóc chị, nhưng đã rất lâu rồi anh ý không còn cảm giác gần gũi thân mật của vợ chồng. Chị không trách anh ý, chỉ trách ông trời không thương chị. Số chị khổ nên làm khổ cả anh ý. Chị từng nghĩ đến ly hôn để giải thoát cho anh ý đỡ khổ em ạ" (PVS, Chị H.D.L, Nữ, 39 tuổi).

CTCSLT ảnh hưởng đáng kể đến hôn nhân. Nói chung, những người bị chấn thương tủy sống ít có khả năng kết hôn và dễ bị ly hôn hơn. Do ảnh hưởng gây tổn thương tủy sống trên gia đình, gánh nặng của việc chăm sóc được phối ngẫu thực hiện, và suy giảm chức năng tình dục.

3.3. Sự suy giảm chất lượng cuộc sống.

Quá trình suy giảm chất lượng cuộc sống thích ứng với tình trạng thay đổi bản thân mà người CTCSLT thường trải qua.

- **Sốc.** Sự phản ứng tồn tại ngắn ngủi này đánh dấu những trải nghiệm ban đầu do một chấn thương nào đó hay tổn thương bất ngờ mà bản thân không thể dự đoán được.

"Chị bị CTCSLT do tai nạn giao thông. Lúc tỉnh dậy thấy mình trong Bệnh viện, chị nghĩ mình đang mơ. Chị sốc đến độ không còn tin vào điều gì nữa. Phải mất một thời gian khá dài chị mới dám nói chuyện với chính gia đình mình" (PVS, Chị H.D.L, Nữ, 39 tuổi).

Phản ứng thông thường là tê liệt thần kinh, ảnh hưởng tới nhận thức và suy giảm đột ngột hoặc khả năng duy triển diễn đạt.

Thời gian đầu họ phải đương đầu với các cú sốc một lớn nếu không được hỗ trợ kịp thời sẽ dễ dẫn đến những phản ứng tiêu cực.

- **Lo âu.** Đây cũng là phản ứng thường thấy do những cảm nhận ban đầu về bản thân và mức độ chấn thương hay khuyết tật, thường đi kèm với nó là đổ mồ hôi quá sức, các suy nghĩ rối bời và kích ứng dạ dày.

"Chị lo lắng cho tất cả mọi thứ, 2 đứa con trai còn bé, bố mẹ già không ai phụng dưỡng, và cả ngày mai của chị như thế nào chị cũng không biết nữa" (PVS, Chị V.T.L, Nữ, 33 tuổi).

- **Khước từ.** Là phản ứng phòng vệ để loại bỏ sự lo lắng và trước những cảm xúc bị đe dọa khác có thể kể đến sự tối thiểu hóa và thậm chí phủ nhận hoàn toàn bản chất mãn tính và tầm ảnh hưởng đến những vấn đề liên quan đến tình trạng khuyết tật.

- **Trầm cảm.** Phản ứng này khá phổ biến ở những người mắc bệnh mãn tính và khuyết tật, thường xuất phát từ nhận thức về việc mất đi một phần nào đó bộ phận hay chức năng của cơ thể, tình trạng mãn tính hay cái chết sắp xảy ra trước mắt.

- **Giận dữ, thù địch.** Phản ứng này thường được chia thành:

Sự giận dữ bên trong, cảm xúc từ sự định hướng vào bản thân và những hành vi phần uất, cay đắng, tội lỗi và đầy oán trách bản thân. Thường là do người CTCSLT tự quy chụp trách nhiệm cho bản thân. Cảm giác thù địch bên

ngoài cảm xúc, hành vi trả đũa do môi trường bên ngoài tác động. Khi người CTTS trách móc, quy chụp trách nhiệm cho người khác gây ra các vấn đề của mình. "Nếu không phải vì nó (người lái xe tải) gây ra cho chị. Đời chị đâu khổ như thế này" (PVS, Chị H.D.L, nữ, 39 tuổi).

IV. BÀN LUẬN

Mỗi cá nhân đều cảm nhận về cái mà những người xung quanh trong xã hội nghĩ về như thế nào, đánh giá thế nào về bản thân và bản thân mỗi cá thể đều tìm cách phản ứng lại với những điều đó, tác động đến cách nhìn nhận về chính bản thân mình. Cùng với các yếu tố khách quan bên ngoài môi trường, chính khả năng của bản thân đều ảnh hưởng đến đời sống của mỗi người. Nếu như xã hội nhìn mỗi cá nhân với con mắt tích cực, các yếu tố môi trường, những điều kiện cho việc phát huy khả năng của cá nhân, cá nhân được công nhận trong cộng đồng, có các kiến thức, kỹ năng để vượt qua khó khăn, có thể thích ứng được trong môi trường xã hội luôn luôn thay đổi và đòi hỏi con người với những vai trò, nhiệm vụ nhất định nào đó phải thực hiện thì bản thân cá nhân sẽ tự tin vào chính mình, vào khả năng của bản thân. Ngược lại con người luôn gặp những khó khăn, những rào cản, những vấn đề gặp phải trong cuộc sống như sự thiếu hụt, sự khó thích nghi hay chấp nhận hiện tại của bản thân. Người CTCSLT là điển hình, họ phải chịu những tác động tiêu cực từ tình trạng khó khăn của mình lên nhiều khía cạnh của đời sống. Những khía cạnh đó rất đa dạng và phong phú, cũng rất nan giải và với điều kiện kinh tế - xã hội như nước ta hiện nay chưa cho phép hỗ trợ họ một các toàn diện nhất đảm bảo các yêu cầu về thể chất và tinh thần, còn khá nhiều rào cản làm mất đi những cơ hội giúp họ được bình đẳng và phát triển như mọi người.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 84% đối tượng nghiên cứu gặp phải căng thẳng khi có sự thay đổi về mọi mặt trong cuộc sống của họ. Trong đó 53% người CTCSLT thường xuyên lo lắng về vấn đề sự thiếu hụt trong hình ảnh của cơ thể, 44% thỉnh thoảng với các áp lực về vấn đề này cũng gây ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe tinh thần của người CTCSLT. Bên cạnh đó, có tới 85% bệnh nhân CTCSLT có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân. con số thống kê nói lên được những suy nghĩ tiêu cực khiến họ hoài nghi về giá trị của bản thân, tự nhìn nhận về bản thân thông qua hình ảnh bên ngoài thay vì các giá trị nhân cách bên trong, không tự khẳng định mình, chính vì vậy có thể dẫn đến sự xói mòn

lòng tự trọng bản thân và có thái độ tiêu cực trong gặp gỡ, tiếp xúc..

Những phản ứng tiêu cực lặp lại và định kiến của xã hội trong tương tác xã hội khiến cho những dấu hiệu bệnh tật của người bệnh trong mãn tính và bệnh tật có xu hướng trầm trọng hơn. Người CTCSLT có những nhìn nhận khác nhau về tiêu chuẩn và kỳ vọng xã hội. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử phổ biến trong xã hội lặp lại nhiều lần là nguyên nhân, yếu tố tạo nên sự căng thẳng trong cuộc sống, khó thích nghi.

- Các vấn đề liên quan đến đời sống tình dục đối với người CTTS

Tổn thương tủy sống ảnh hưởng rất lớn và làm suy yếu chức năng tình dục. Tuy nhiên, sự hài lòng về tình dục dường như không liên quan đến các yếu tố vật lý như chức năng cương dương, cảm giác sinh dục, hoặc khả năng cực khoái cũng như sự hài lòng của đối tác và chất lượng mối quan hệ (Phelps, et al., 2001). Fisher, et al. (2002) đánh giá chức năng tình dục ở 40 người (32 nam, 8 phụ nữ) bị chấn thương tủy sống. Sau 6 tháng sau khi xuất viện, hầu hết những người tham gia khảo sát đã có những thay đổi đáng kể trong hành vi và hoạt động tình dục. Hầu hết những người được hỏi đều có mối quan tâm thực tế cùng với nhiều yêu cầu can thiệp về sức khỏe tình dục hơn.

Hầu hết mọi người cho rằng tổn thương tủy sống làm suy yếu khả năng có con. Tổn thương tủy sống nói chung không nên ngăn ngừa khả năng sinh sản ở phụ nữ trẻ và nhiều phụ nữ đã có con bình thường sau chấn thương tủy sống. Anderson, et al. (1997) kiểm tra kinh nguyệt sau chấn thương tủy sống ở 37 người bị thương từ tuổi 10-16. Hầu hết phụ nữ có quan hệ tình dục sau chấn thương tủy sống và hầu hết đều có khả năng đạt cực khoái (Biering, et al., 2002). Cross, et al. (1992) đã mô tả 22 phụ nữ có 33 lần mang thai sau chấn thương tủy sống. Các bà mẹ chờ đợi trung bình 5 năm để có thai và 43% có thai. Tất cả các trẻ sơ sinh đều khỏe mạnh khi sinh con ngoại trừ một em bé sinh non và một trường hợp sinh đôi âm đạo

Đối với nam giới, trong khi CTTS làm giảm chức năng cương dương và xuất tinh, tinh dịch có thể thu được từ gần như tất cả nam giới bị tổn thương tủy sống thông qua việc sử dụng kích thích rung hoặc điện (Brackett, 1999; Sonksen & Ohl, 2002). Các nghiên cứu gần đây cho thấy các yếu tố sinh lý do chấn thương tủy sống ảnh hưởng đến chất lượng tinh dịch của nam giới bị tổn thương tủy sống do mất cân bằng giao cảm và giao cảm của tuyến tiền liệt. Nguyên nhân

của việc giảm khả năng sinh sản có thể được giải quyết một cách hiệu quả theo nhiều cách. Với việc phục hồi và điều trị thích hợp, hầu hết nam giới bị chấn thương tủy sống có thể và có con.

Sau quá trình điều trị là giai đoạn người CTCSLT cơ cấu, tái hòa nhập và tái định hướng bao gồm nhiều thành phần: thứ nhất là về tình trạng bản thân, sự chấp nhận hay tiếp thu bản thân, sự duy trì và theo đuổi tích cực của cá nhân, gia đình và xã hội. Quy trình này thường diễn ra với những người trong cơn khủng hoảng khi phải đương đầu với những khó khăn vượt ngoài tầm kiểm soát và khiến họ bị mất định hướng tạm thời, thường diễn ra với những người khuyết tật thứ phát do ảnh hưởng của bệnh tật hoặc tai nạn.

Sau khủng hoảng, người CTCSLT thường bước vào giai đoạn đau buồn, có thể do phần cơ thể hoặc chức năng đã mất (ví dụ do bị mất đi khả năng vận động...). Không giống với những đau buồn không liên quan đến những mất mát của cơ thể, bệnh mãn tính và khuyết tật giống như một lời nhắc nhở liên tục về những khiếm khuyết trên cơ thể hay ở các chức năng (nghe, nhìn, vận động...). Hơn nữa những sự kiện diễn ra hằng ngày trong cuộc sống cũng gợi nhắc người CTTS về những sự chênh lệch, khác biệt giữa tình trạng bản thân trong quá khứ, trong hiện tại và tương lai.

IV. KẾT LUẬN

85% người CTCSLT có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân, 84% tỉ lệ người CTCSLT gặp phải căng thẳng khi có sự thay đổi về mọi mặt trong cuộc sống của họ, 53% người CTCSLT thường xuyên lo lắng về vấn đề sự thiếu hụt trong hình ảnh của cơ thể, 35% người CTCSLT thường xuyên có trải nghiệm xúc cảm về sự bối rối trong tâm lý với rất nhiều thay đổi khác nhau, và 58% tỉ lệ người CTCSLT ít nhất có trải qua sự bối rối và thay đổi đột ngột về tính cách.

Nhìn chung các vấn đề phổ biến thường gặp là sự căng thẳng, sự thiếu hụt trong hình ảnh cơ thể, hay những nhận thức tiêu cực về bản thân và bối rối trong sự thay đổi đột ngột của tính cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hòa, (2014), "Nghiên cứu ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân trong điều trị chấn thương cột sống ngực – thắt lưng liệt tủy hoàn toàn". Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Cẩm Bá Thúc, (2007), "Nghiên cứu thực trạng BN liệt hai chi dưới do CTTS tại cộng đồng và đề xuất một số biện pháp can thiệp". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.65-66.2.

TĂNG HUYẾT ÁP VÀ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU Ở CÁN BỘ CHỦ CHỐT THỊ XÃ TÂN UYÊN NĂM 2017

Võ Thị Kim Anh¹, Phạm Thị Ngọc Vân²,
Nguyễn Tấn Đạt², Nguyễn Thu Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chăm sóc và quản lý sức khỏe cho cán bộ chủ chốt là nhiệm vụ của các Ban ngành, Đoàn thể và ngành y tế đóng vai trò quan trọng. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình tăng huyết áp và các rối loạn chuyển hóa lipid máu ở cán bộ chủ chốt thị xã Tân Uyên năm 2017. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 113 cán bộ chủ chốt tại thị xã Tân Uyên. Thực hiện khám, chẩn đoán huyết áp theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam và định lượng lipid máu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp chung là 32,74%, nam nhiều hơn nữ chiếm 30,09%, độ tuổi > 50 chiếm đa số 57,14%, không có người < 35 tuổi bị tăng huyết áp. Có 52,25% người bị tăng Cholesterol, độ tuổi > 50 chiếm nhiều nhất 71,44%, đặc biệt có 6/9 người < 35 tuổi bị tăng Cholesterol chiếm 66,67%, nam giới chiếm đa số 38,05%. Tỷ lệ tăng Triglycerid là 41,59%, giới nam chiếm đa số 36,28%, độ tuổi < 35 chiếm tỷ lệ 44,44%. Có 16,81% người bị tăng LDL-C, nữ giới chiếm đa số 8,85%, độ tuổi < 35 chiếm 33,33%. Tỷ lệ đái tháo đường là 15,95%, giới nam chiếm 15,05%, độ tuổi > 50 chiếm đa số 28,67%, không có ai < 35 tuổi bị đái tháo đường. **Kết luận:** Cần tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho đối tượng cán bộ chủ chốt về bệnh tăng huyết áp và các rối loạn chuyển hóa nhằm nâng cao nhận thức, thái độ, và hành vi cho cán bộ chủ chốt, để phòng tránh, phát hiện, quản lý, theo dõi và điều trị kịp thời có hiệu quả các biến chứng tim mạch.

Từ khóa: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu, cán bộ chủ chốt.

SUMMARY

HYPERTENSION AND DYSLIPIDEMIA IN KEY OFFICIALS IN TAN UYEN TOWN, BINH DUONG, 2017

Background: Health care and management for key officials is the task of the relevant departments, unions and the health sector. **Objectives:** Surveying the situation of hypertension and lipid metabolism disorders in key officials of Tan Uyen town in 2017. **Methods:** A cross-sectional descriptive study design on 113 key officials in Tan Uyen town. Perform blood pressure check-up and diagnosis as recommended by the Vietnam Heart Association and quantify blood lipids. **Results:** The overall prevalence of

hypertension was 32.74%, more men than women accounted for 30.09%, ages > 50 accounted for the majority of 57.14%, no one < 35 years of age had hypertension. There are 52.25% of people with Cholesterol, the age group > 50 accounts for the most 71.44%, especially 6/9 people < 35 years old have Cholesterol increase 66.67%, men account for the majority of 38.05%. The increase in triglycerides was 41.59%, men accounted for the majority of 36.28%, ages < 35 accounted for 44.44%. There are 16.81% of people with LDL-C increase, the majority of women are 8.85%, age < 35 accounts for 33.33%. The rate of diabetes is 15.95%, men account for 15.05%, people over 50 account for the majority of 28.67%, no one < 35 years old has diabetes. **Conclusion:** Need to strengthen the propaganda, health education for key officials about hypertension and metabolic disorders in order to raise awareness, attitude, and behavior for key officials to prevent, detect, manage, monitor and treat effectively cardiovascular complications.

Key words: hypertension, dyslipidemia, key officials.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe con người, là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu ở người cao tuổi. Bệnh tăng huyết áp còn liên quan đến một số rối loạn chuyển hóa glucose máu, lipid máu. Các rối loạn chuyển hóa này vừa là nguyên nhân gây tăng huyết áp vừa là hậu quả của tăng huyết áp.

Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân tăng huyết áp và bị các rối loạn chuyển hóa đường, mỡ đến khám tại TTYT TX Tân Uyên ngày càng nhiều, trong đó có đối tượng là cán bộ chủ chốt của Thị xã, cán bộ chủ chốt của Thị xã là những người làm việc trên nhiều lĩnh vực, ngành nghề, là những người trực tiếp hoặc gián tiếp làm ra của cải, vật chất cho xã hội; góp phần xây dựng đất nước nói chung và thị xã Tân Uyên nói riêng ngày càng giàu mạnh. Chăm sóc, quản lý sức khỏe cho họ để họ có sức khỏe tốt phục vụ và cống hiến cho xã hội; chúng tôi thực hiện đề tài này với mong muốn khảo sát tình trạng tăng huyết áp cũng như các rối loạn chuyển hóa đường, mỡ trên đối tượng này, nhằm có kế hoạch quản lý sức khỏe cho họ tốt hơn. Mục tiêu nghiên cứu: *khảo sát tình hình tăng huyết áp và các rối loạn chuyển hóa liên quan ở cán bộ chủ chốt thị xã Tân Uyên năm 2017.*

¹Đại Học Thăng Long

²Trung tâm Y tế Thị xã Tân Uyên, Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả cán bộ chủ chốt của thị xã Tân Uyên được khám sức khỏe định kỳ tháng 10/2017.

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

Phương pháp chọn mẫu. Tất cả cán bộ chủ chốt của thị xã Tân Uyên được khám sức khỏe định kỳ tháng 10/2017. Các đối tượng được đo huyết áp, xét nghiệm đường huyết lúc đói, xét nghiệm bilan mỡ.

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Tăng huyết áp: đánh giá mức độ tăng huyết áp theo tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp của WHO: mức huyết áp tâm thu được xét là tăng khi $\geq 140\text{mmHg}$, mức huyết áp tâm trương được xét là tăng khi $\geq 90\text{mmHg}$.

Đái tháo đường: được xác định dựa vào tiền sử, xét nghiệm đường máu lúc đói $\geq 7\text{mmol/l}$.

Tăng cholesterol máu: xác định khi hàm lượng cholesterol máu $\geq 5.2\text{mmol/l}$.

Tăng Triglycerid máu: xác định khi hàm lượng triglyceride máu $\geq 1.8\text{mmol/l}$.

Tăng LDL-C máu: các định khi hàm lượng LDL-C trong máu $\geq 3.4\text{mmol/l}$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Giới \ Tuổi	< 35 Tuổi (n = 9)	35 – 50 Tuổi (n = 83)	> 50 tuổi (n = 21)	Tổng cộng
Nam	5 (4,42%)	55 (48,67%)	20 (17,70%)	80 (70,80%)
Nữ	4 (3,54%)	28 (24,78%)	1 (0,88%)	33 (29,20%)
Tổng cộng	9 (7,96%)	83 (73,45%)	21 (18,58%)	113 (100%)

Trong nhóm nghiên cứu, giới nam nhiều hơn nữ chiếm 70,8%, độ tuổi 35 - 50 tuổi chiếm đa số 73,45%.

Tình hình tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở cán bộ chủ chốt

Giới \ Tuổi	Chung (n = 113)	< 35 Tuổi (n = 9)	35 – 50 Tuổi (n = 83)	> 50 tuổi (n = 21)
Nam	34 (30,09%)	00 (00%)	22 (19,47%)	12 (57,14%)
Nữ	03 (2,65%)	00 (00%)	03 (3,61%)	00 (00%)
Tổng cộng	37 (32,74%)	00 (00%)	25 (30,12%)	12 (57,14%)

Tỷ lệ tăng huyết áp chung là 32,74%, nam nhiều hơn nữ chiếm 30,09%, độ tuổi > 50 chiếm đa số 57,14%, không có ai < 35 tuổi bị tăng huyết áp.

Tình hình đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Tỷ lệ mắc đái tháo đường ở đối tượng nghiên cứu

Giới \ Tuổi	Chung (n = 113)	< 35 Tuổi (n = 9)	35 – 50 Tuổi (n = 83)	> 50 tuổi (n = 21)
Nam	17 (15,05%)	00	11 (13,25%)	06 (28,57%)
Nữ	01 (0,88%)	00	01 (1,20%)	00 (00%)
Tổng cộng	18 (15,93%)	00	12 (14,45%)	06 (28,57%)

Tỷ lệ đái tháo đường chung là 15,93%, giới nam chiếm 15,05%. Độ tuổi > 50 tuổi chiếm 28,57%, không có người nào < 35 tuổi bị đái tháo đường.

Tình hình tăng rối loạn chuyển hóa lipid máu ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Tỷ lệ tăng cholesterol ở đối tượng nghiên cứu

Giới \ Tuổi	Chung (n = 113)	< 35 Tuổi (n = 9)	35 – 50 Tuổi (n = 83)	> 50 tuổi (n = 21)
Nam	43 (38,05%)	05 (55,56%)	24 (28,92%)	14 (66,67%)
Nữ	16 (14,26%)	01 (11,11%)	14 (16,86%)	01 (4,77%)
Tổng cộng	59 (52,21%)	06 (66,67%)	38 (45,78%)	15 (71,44%)

Tỷ lệ tăng Cholesterol là 52,21%. Độ tuổi > 50 chiếm tỷ lệ 71,44%, độ tuổi < 35 tỷ lệ cao 66,67%, nam chiếm đa số 38,05%.

Bảng 5. Tỷ lệ tăng Triglycerid của đối tượng nghiên cứu

Giới \ Tuổi	Chung (n = 113)	< 35 Tuổi (n = 9)	35 – 50 Tuổi (n = 83)	> 50 tuổi (n = 21)
Nam	41 (36,28%)	03 (33,33%)	29 (34,94%)	09 (42,86%)

Nữ	06 (5,35%)	01 (11,11%)	05 (6,02%)	00 (00%)
Tổng cộng	47 (41,59%)	04 (44,44%)	34 (40,96%)	09 (42,86%)

Tỉ lệ tăng Triglycerid là 41,59%, nam chiếm đa số 36,28%, trong đó độ tuổi < 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 44,44%, độ tuổi > 50 chiếm 42,86%.

Bảng 6. Tỷ lệ tăng tăng LDL của đối tượng nghiên cứu

Giới	Tuổi	Chung (n = 113)	< 35 Tuổi (n = 9)	35 – 50 Tuổi (n = 83)	> 50 tuổi (n = 21)
Nam		09 (7,96%)	03 (33,33%)	04 (4,82%)	02 (9,25%)
Nữ		10 (8,85%)	00 (00%)	09 (10,84%)	01 (4,76%)
Tổng cộng		19 (16,81%)	03 (33,33%)	13 (15,66%)	03

Có 16,81% người bị tăng LDL, nữ giới chiếm đa số 8,86%, độ tuổi bị nhiều nhất là < 35 tuổi chiếm 33,33%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 113 cán bộ chủ chốt được khám sức khỏe định kỳ, trong đó giới nam chiếm đa số 70,8%, so với nữ 29,2%, độ tuổi 35 - 50 tuổi chiếm 73,45%, có 7,96% cán bộ chủ chốt < 35 tuổi, người tuổi cao nhất là 60 tuổi, người nhỏ tuổi nhất là 29 tuổi.

Tình hình tăng huyết áp trên đối tượng nghiên cứu:

Qua khảo sát 113 cán bộ chủ chốt, tỉ lệ tăng huyết áp 32,74%, nam giới chiếm đa số 30,09%, nhiều nhất ở độ tuổi 50 - 60 tuổi là 57,14%, và không có cán bộ ở độ tuổi < 35 bị tăng huyết áp. Theo thống kê năm 2015 của Hội tim mạch học Việt Nam có 47,5% người Việt Nam bị tăng huyết áp, và theo kết quả nghiên cứu khác thì tỉ lệ tăng huyết áp là 33,5%, nam nhiều hơn nữ 37,3% so với 29,7%, cũng trong nghiên cứu này, nhóm tuổi 55 - 64 tuổi bị tăng huyết áp chiếm nhiều nhất 57%. Điều này cho thấy tăng huyết áp tăng dần theo tuổi.

Rối loạn chuyển hóa lipid/ đối tượng nghiên cứu:

- Tăng cholesterol: Tỉ lệ tăng cholesterol là 52,21%, nam nhiều hơn nữ 38,05% so với 14,16%, theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Triu và Trần Thu Hường tỉ lệ tăng cholesterol là 46,1%, giới nam nhiều hơn nữ 64,8% so với 35,9%; có 6/9 cán bộ chủ chốt < 35 tuổi bị tăng cholesterol máu chiếm tỉ lệ 5,31%, điều này cho thấy tình trạng rối loạn lipid máu ngày càng nhiều ở nhóm người trẻ tuổi.

- Tăng Triglycerid máu : Có 41. 59 % người bị tăng triglycerid máu, trong đó nam giới là 41/113 người chiếm tỉ lệ 36,28%, và số nữ giới chỉ có 6/113 người chiếm 5,31%, và độ tuổi 35 - 50 chiếm đa số 30,09%.

- Tăng LDL-C máu: có 18/113 người bị tăng LDL-C, chiếm tỉ lệ 16,81%, trong đó nữ giới chiếm đa số 10/113 chiếm 8,85% so với nam 9/113 người chiếm 7,96%; độ tuổi 35 - 50 chiếm

11,51%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người < 35 tuổi bị rối loạn cả ba thành phần đều chiếm tỉ lệ cao, điều này cho thấy rối loạn lipid máu ở nhóm người trẻ tuổi ngày càng tăng, có thể do lối sống ít vận động thể lực; bên cạnh đó, việc sử dụng nhiều rượu bia, thức ăn nhanh, nhiều chất béo cũng góp phần làm tăng tỉ lệ rối loạn lipid máu.

Đái tháo đường / đối tượng nghiên cứu:

Tỉ lệ đái tháo đường của nhóm nghiên cứu là 15,93%, tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Bá Trí và cộng sự là 16,8%, giới nam chiếm 15,05%, chỉ có 01/113 nữ bị đái tháo đường chiếm tỉ lệ 0,88%, có 10,62% người bị đái tháo đường ở độ tuổi 35 - 50 tuổi. Không có người nào < 35 tuổi bị đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát tình trạng sức khỏe của 113 cán bộ chủ chốt Thị xã Tân Uyên tháng 10/2017, chúng tôi nhận thấy rằng:

- Cán bộ chủ chốt là nam giới chiếm đa số.
- Bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tăng dần theo tuổi, nam giới mắc nhiều hơn nữ. Không có ai < 35 tuổi bị tăng huyết áp và đái tháo đường.
- Nhóm tuổi < 35 bị rối loạn lipid máu chiếm đa số, tiếp theo là độ tuổi > 50 tuổi, giới nữ bị tăng LDL-C nhiều hơn nam giới.

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho đối tượng cán bộ chủ chốt về bệnh tăng huyết áp và các rối loạn chuyển hóa nhằm nâng cao nhận thức, thái độ, và hành vi cho cán bộ chủ chốt, để phòng tránh, phát hiện, quản lý, theo dõi và điều trị kịp thời có hiệu quả các biến chứng tim mạch.

- Lập sổ quản lý sức khỏe cho cán bộ chủ chốt, lên kế hoạch khám kiểm tra sức khỏe định kỳ 3 tháng/lần cho đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị loan (2008)** "Nghiên cứu thực trạng kiểm soát lipid máu ở bệnh nhân điều trị tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai" Luận văn thạc sĩ y học - Học viện quân y.
2. **Nguyễn Bá Trí (2016) và cộng sự** "Thực trạng bệnh đái tháo đường ở người 45 - 69 tuổi và một số yếu tố liên quan tại thị trấn Sa Thầy, huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum năm 2016.
3. **Nguyễn Ngọc Triu và Trần Thu Hương**, "Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu của cán bộ, chiến sĩ Học viện cảnh sát nhân dân" - Tạp chí Cảnh sát nhân dân 2016.
4. **Khuyến cáo 2008** về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa - Nhà xuất bản y học.

SO SÁNH ẢNH HƯỞNG TRÊN TUẦN HOÀN VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM VỚI GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG ĐỂ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI

Nguyễn Đức Lam*, Lê Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh ảnh hưởng trên tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác của gây tê cơ vuông thắt lưng (QL block) dưới hướng dẫn siêu âm với gây tê ngoài màng cứng để giảm đau sau mổ lấy thai. **Phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Cỡ mẫu 60 sản phụ được gây tê tùy sống để mổ lấy thai, chia làm 2 nhóm bằng nhau, giảm đau bằng hai phương pháp: Nhóm 1 (nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng): Sử dụng phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm ở cả hai bên. Nhóm 2 (nhóm gây tê ngoài màng cứng): Sử dụng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. **Kết quả:** Không có sự khác biệt về tần số tim và huyết áp động mạch trung bình của hai nhóm nghiên cứu. Không có sản phụ nào bị đau tại vị trí gây tê ở nhóm 1 so với 10% đau ở vị trí gây tê ở nhóm 2. Tỷ lệ bị tê chân và bí tiểu ở nhóm 1 là 3,33% và 6,67% thấp hơn rõ rệt so với ở nhóm 2 (13,33% và 46,67%). Tỷ lệ bị rỉ nước qua chân catheter và bị tuột catheter ở nhóm 1 là 10% và 6,67% trong khi nhóm 2 không gặp trường hợp nào. Không gặp trường hợp nào bị các biến chứng nặng nề. **Kết luận:** Giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm và gây tê ngoài màng cứng đều ít gây ảnh hưởng đến tần số tim và huyết áp trung bình, tuy nhiên, gây tê cơ vuông thắt lưng ít gặp tác dụng không mong muốn hơn so với gây tê ngoài màng cứng.

Từ khóa: Gây tê QLB, mổ lấy thai, dưới hướng dẫn siêu âm, gây tê ngoài màng cứng, giảm đau.

SUMMARY

COMPARISON THE EFFECTS ON CIRCULATION AND OTHER SIDE EFFECTS OF ULTRASOUND -

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

GUIDED QUADRATUS LUMBORUM BLOCK WITH EPIDURAL ANESTHESIA FOR PAIN RELIEF AFTER CESAREAN DELIVERY

Objectives: To compare the effects on the circulation and other side effects of Ultrasound - guided Quadratus Lumborum Block (QL block) with epidural anesthesia for pain relief after cesarean section. **Research method:** Randomized controlled clinical trial. Sample size 60 women underwent spinal anesthesia for cesarean section, divided into 2 equal groups, used two methods: Group 1 (Quadratus Lumborum Block group): Using method of Ultrasound - guided Bilateral Quadratus Lumborum Block. Group 2 (epidural anesthesia group): Using epidural anesthesia method. **Results:** There was no difference in heart rate and mean arterial blood pressure of the two study groups. No women had pain at the site of anesthesia in group 1 compared with 10% of pain at the site of anesthesia in group 2. The incidence of leg numbness and urinary retention in group 1 was 3.33% and 6.67% significantly lower than in group 2 (13.33% and 46.67%). The rate of leakage of water through the foot of the catheter and the catheter slip in group 1 is 10% and 6.67% while Group 2 has no cases. No cases of severe complications. **Conclusion:** Pain relief after cesarean section with Ultrasound - guided Bilateral Quadratus Lumborum Block and epidural anesthesia had little effect on heart rate and mean arterial blood pressure indicators, however, Ultrasound - guided Bilateral Quadratus Lumborum Block was less side effects than epidural anesthesia.

Keywords: Regional anesthesia, cesarean section, under ultrasound guided, epidural anesthesia, analgesia.)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ vuông thắt lưng là một cơ thành bụng sau nằm ở phía sau cơ thắt lưng lớn, bắt nguồn từ đỉnh xương chậu bám tận vào xương sườn thứ mười hai và móm ngang của đốt sống L1 - L4. Các dây thần kinh dưới da, chậu hạ vị, dây thần kinh sinh dục và thần kinh chậu bẹn đi qua giữa cơ vuông thắt lưng và mạc ngang. Vì vậy, khi

tiêm thuốc tê vào khoang cơ vuông thắt lưng sẽ giảm đau cho các phẫu thuật vùng bụng trong đó có phẫu thuật lấy thai. Với sự hướng dẫn của siêu âm đã làm tăng hiệu quả và giảm các tai biến của phương pháp này. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp này cũng như các tác dụng không mong muốn của nó. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: So sánh ảnh hưởng trên tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác của gây tê cơ vuông thắt lưng (QLB-**Quadratus Lumborum Block**) dưới hướng dẫn siêu âm với gây tê ngoài màng cứng (NMC) để giảm đau sau mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 60 sản phụ có chỉ định gây tê tùy sống để mổ lấy thai với đường rạch da ngang trên vệ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Sản phụ được gây tê tùy sống để mổ lấy thai, từ 18 - 50 tuổi, ASA I-II, không có chống chỉ định gây tê vùng, đã được khám gây mê và giải thích trước mổ về kỹ thuật gây tê cơ vuông thắt lưng, gây tê ngoài màng cứng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Nhiễm trùng tại vùng chọc kim gây tê, sản phụ có tiền sử dị ứng thuốc tê, tiền sử rối loạn tâm thần, khó khăn

trong giao tiếp, sản phụ không hợp tác, có bệnh lý thần kinh ngoại biên, rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2.2. Chọn mẫu: Phân nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên.

Nhóm 1 (Nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng - QLB): Sản phụ được gây tê tùy sống để mổ bằng bupivacain 0,5% tỷ trọng cao với liều lượng 8mg, sau mổ được giảm đau bằng gây tê cơ vuông thắt lưng (Tiêm 15 ml/6h Ropivacain 0,1% mỗi bên qua catheter đặt trong khoang cơ vuông thắt lưng).

Nhóm 2 (Nhóm gây tê ngoài màng cứng - NMC): Sản phụ được gây tê tùy sống để mổ bằng bupivacain 0,5% tỷ trọng cao với liều lượng 8 mg + fentanyl 4 µg/kg, sau mổ, được giảm đau bằng truyền liên tục hỗn hợp Ropivacain 0,1% + fentanyl 1 mcg/ml bơm tiêm điện qua catheter ngoài màng cứng với liều 5ml/giờ.

Thu thập số liệu: Đặc điểm chung của sản phụ và phẫu thuật: Tuổi, cân nặng (kg), chiều cao (cm), BMI, phân độ ASA, tiền sử mổ lấy thai.

Các biến số đánh giá ảnh hưởng trên tuần hoàn gồm mạch, huyết áp động mạch trung bình; tất cả các tác dụng không mong muốn của hai phương pháp giảm đau trong 48 giờ sau mổ tại các thời điểm: Trước khi tiêm thuốc tê liều đầu tiên (T0), sau tiêm 1 giờ (T1), 2 giờ (T2), 4 giờ (T4), 6 giờ (T6), 12 giờ (T12), 24 giờ (T24), 48 giờ (T48).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Phân bố		Nhóm	Nhóm QLB (n ₁)	Nhóm NMC (n ₂)	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$		30,43 $\pm$ 5,54	30,1 $\pm$ 4,58	> 0,05
Chiều cao (cm)	$\bar{X} \pm SD$		159,60 $\pm$ 5,17	158,60 $\pm$ 3,57	> 0,05
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$		65,83 $\pm$ 7,36	67,06 $\pm$ 7,01	> 0,05
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$		25,87 $\pm$ 3,00	26,68 $\pm$ 2,92	> 0,05
Tuổi thai (tuần)	$\bar{X} \pm SD$		37,99 $\pm$ 0,94	37,16 $\pm$ 0,86	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	$\bar{X} \pm SD$		38,70 $\pm$ 5,19	40,33 $\pm$ 5,00	> 0,05
Thời gian từ lúc gây tê tùy sống đến khi bơm thuốc tê để giảm đau (phút)	$\bar{X} \pm SD$		176,3 $\pm$ 43,20	174,7 $\pm$ 33,70	> 0,05
Tiền sử mổ lấy thai	Lần đầu	%	46,67	43,33	> 0,05
	Mổ cũ		53,33	56,67	> 0,05
Phân bố ASA	I	%	93,30	86,30	> 0,05
	II		6,70	13,70	> 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, tuổi thai, thời gian phẫu thuật, thời gian từ lúc gây tê tùy sống đến lúc tiêm thuốc tê giảm đau.

3.2. Các tác dụng không mong muốn khác

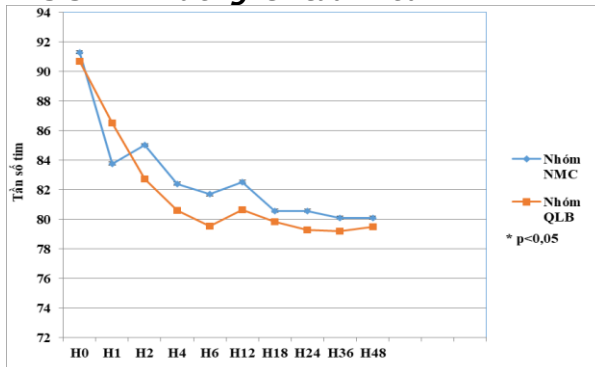
Bảng 2. Tác dụng không mong muốn khác

Tác dụng phụ	Nhóm	Nhóm QLB (n ₁ = 30)		Nhóm NMC (n ₂ = 30)		p
		Số BN	%	Số BN	%	
Đau tại vị trí gây tê		0	0	3	10	< 0,05

Tê bì chân	1	3,33	4	13,33	< 0,05
Bí tiểu	2	6,67	14	46,67	< 0,05
Ngứa	2	6,67	2	6,67	> 0,05
Chảy nước qua chân catheter	3	10	0	0	< 0,05
Tuột catheter	2	6,67	0	0	< 0,05

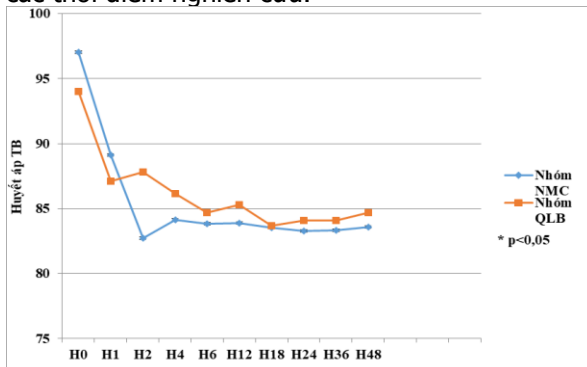
Nhận xét: Đau tại vị trí gây tê, tê bì chân, bí tiểu ở nhóm QLB đều thấp hơn hẳn so với nhóm NMC. Tuột catheter và chảy nước qua chân catheter chỉ xuất hiện ở nhóm QLB với tỉ lệ lần lượt là 6,67% và 10%.

3.3. Ảnh hưởng lên tuần hoàn



Biểu đồ 1. Thay đổi tần số tim của các bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số tim của hai nhóm tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.



Biểu đồ 2. Thay đổi huyết áp động mạch trung bình của các bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về huyết áp động mạch trung bình của hai nhóm tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

*Về đặc điểm sản phụ: Các sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở độ tuổi sinh đẻ từ 22 đến 45 tuổi, các đặc điểm nhân trắc và đặc điểm sản khoa của các sản phụ của hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng nhau. Các yếu tố liên quan đến gây mê và phẫu thuật cũng tương tự nhau, vì vậy, sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

* Ảnh hưởng lên tần số tim

Biểu đồ 1 cho thấy: Tần số tim trung bình tại thời điểm trước khi tiêm thuốc tê liều đầu tiên (H0) của các sản phụ ở hai nhóm tương đương nhau ($90,70 \pm 8,5$ lần/phút ở nhóm QLB và $91,30 \pm 7,0$ lần/phút ở nhóm NMC), đây là thời điểm sản phụ bắt đầu cảm thấy đau nhiều (VAS ≥ 4). Tại tất cả các thời điểm sau khi tiêm thuốc tê, tần số tim của sản phụ ở hai nhóm đều không có sự khác biệt ($p > 0,05$), nhưng đều giảm so với thời điểm H0. Kết quả này cho thấy cả hai phương pháp giảm đau đều có hiệu quả giảm đau rõ rệt nên làm giảm tần số tim do đau. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Aditianingsih [1] và Ueshima [5].

*Ảnh hưởng lên huyết áp động mạch trung bình

Biểu đồ 2 cho thấy: Huyết áp động mạch trung bình của các sản phụ tại các thời điểm sau khi tiêm thuốc tê liều đầu tiên để giảm đau sau mổ đều giảm so với trước khi tiêm thuốc tê, tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Kết quả này cho thấy cả hai phương pháp giảm đau này đều có hiệu quả giảm đau tốt nên giảm được sự tăng huyết áp do đau. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Aditianingsih [1] và Ueshima H [5].

*Tác dụng không mong muốn

- **Đau tại vị trí gây tê:** Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 3 trường hợp đau vị trí gây tê ở nhóm NMC (chiếm 10%), không gặp trường hợp nào ở nhóm QLB, cả 3 trường hợp này đều tự khỏi sau 2-3 ngày. Đau lưng tại vị trí gây tê thường gặp do kim gây tê NMC kích thích lớn, chọc nhiều lần gây chấn thương dây chằng hoặc tổn thương các rễ thần kinh ...

- **Tê bì chân:** Tỷ lệ tê bì chân sau mổ ở nhóm NMC là 16,67%; trong khi không có sản phụ nào bị tê bì chân ở nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tê chân sẽ khiến sản phụ khó chịu, hạn chế đi lại và có thể ngã khi tự đi lại. Đây là hạn chế của phương pháp gây tê ngoài màng cứng so với gây tê cơ vuông thắt lưng.

- **Bí tiểu:** Tỷ lệ bí tiểu ở nhóm QLB là 6,67%, thấp hơn rõ rệt so với nhóm NMC là 46,67%. Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ sản phụ được rút ống thông bàng quang sau mổ 12 giờ sau mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sản phụ nào phải đặt lại ống thông bàng quang, có vài trường hợp sản phụ cần chườm ấm kích thích bàng quang. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Ishio J [2] và Niraj G [4]. Bí tiểu thường do tác dụng của các thuốc họ morphin sử dụng khi gây tê ngoài màng cứng giảm đau, đây cũng là ưu điểm của gây tê cơ vuông thắt lưng.

- **Ngứa:** Tỷ lệ ngứa là 6,67% ở cả 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt có ý nghĩa với $p > 0,05$. Đa số các sản phụ bị ngứa ở vùng mặt và ngực mức độ nhẹ, nguyên nhân có lẽ do tác dụng phụ của fentanyl và thường triệu chứng này không cần phải điều trị. Tỷ lệ ngứa của chúng tôi cao hơn so với Jose M, có thể do tác giả này sử dụng Ropivacain phối hợp sufentanyl (tỷ lệ ngứa là 17,2%) [3].

- **Chảy nước qua chân catheter:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp chiếm 10% bị chảy nước qua chân catheter và đều nằm trong nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng. Sau khi tiêm thuốc tê thì chân catheter có hiện tượng rỉ nước, hiện tượng này dễ gây bong miếng dán cố định catheter, gây cảm giác khó chịu cho sản phụ.

- **Tuột catheter:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (chiếm 6,67%) bị tuột catheter đều ở nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng. Một trường hợp là do miếng dán cố định bị bong, trường hợp còn lại thì chân catheter tuột ra ngay sát mặt da mặc dù miếng dán cố định vẫn đúng vị trí. Cả 2 sản phụ này chúng tôi đều phải loại khỏi nghiên cứu. Đây là hạn chế của gây tê cơ vuông thắt lưng có đặt catheter vì khoang cơ vuông thắt lưng là một khoang rộng, bao quang bởi cơ, cân tương đối lỏng lẻo và vị trí cố định là trên thành bụng nên khi sản phụ vận động dễ tuột catheter.

Các tai biến nặng của gây tê cơ vuông thắt lưng

***Ngộ độc thuốc tê:** Đây là tai biến nguy hiểm và có thể xảy ra khi gây tê vùng. Trong gây tê QLB sử dụng thuốc tê với liều lượng và thể tích lớn, cần phải đảm bảo nguyên tắc gây tê cũng như tôn trọng những khuyến cáo về liều thuốc tê sử dụng để đảm bảo hiệu quả giảm đau tốt nhưng vẫn an toàn. Đa số các nghiên cứu đều chỉ ra lượng thuốc tê ropivacain không nên vượt quá 3mg/kg cân nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp tai biến này vì cả hai

nhóm đều sử dụng lượng thuốc tê nằm trong liều giới hạn cho phép (ropivacain 120 mg/ngày).

- **Tổn thương các cơ quan:** Trong nghiên cứu của chúng tôi với sự hướng dẫn của siêu âm nên tiêm thuốc chính xác, không có trường hợp nào tiêm thuốc vào phúc mạc, tổn thương gan, thận và ruột. Ưu điểm của gây tê cơ vuông thắt lưng là khoang này nằm tương đối xa khoang phúc mạc nên tỷ lệ tổn thương tạng, thần kinh hiếm gặp hơn so với gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng.

V. KẾT LUẬN

Giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm và gây tê ngoài màng cứng đều ít gây ảnh hưởng đến các chỉ số nhịp tim và huyết áp trung bình, tuy nhiên, gây tê cơ vuông thắt lưng ít gặp tác dụng không mong muốn hơn so với gây tê ngoài màng cứng: Không có sản phụ bị đau tại vị trí gây tê so với nhóm NMC là 10%. Tỷ lệ tê bì chân và bí tiểu ở nhóm QLB lần lượt là 3,33%: 6,67% thấp hơn rõ rệt so với ở nhóm NMC (13,33% và 46,67%). Tỷ lệ rỉ nước qua chân catheter và bị tuột catheter ở nhóm QLB là 10% và 6,67% trong khi nhóm NMC không gặp trường hợp nào, cũng không gặp các biến chứng nặng nề trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aditioningsih, Dita, Naufal Anasy, and Aida Rosita Tantri.** "Comparison of quadratus lumborum versus continuous epidural block for laparoscopic donor nephrectomy: analysis of postoperative analgesia and motoric ability." *Journal of Physics: Conference Series*. Vol. 1246. No. 1. IOP Publishing, 2019.
2. **J. Ishio, N. Komasa, H. Kido and T. Minami (2017).** Evaluation of ultrasound-guided posterior quadratus lumborum block for postoperative analgesia after laparoscopic gynecologic surgery. *Journal of clinical anesthesia*, 41, 1-4.
3. **M. José, C. Claudia, Marco and Jorge (2015).** Effects of local anesthetic on the time between analgesic boluses and the duration of labor in patient-controlled epidural analgesia: prospective study of two ultra-low dose regimens of ropivacaine and sufentanil. *Acta Med Port*, 28 (1), 70-76.
4. **G. Niraj, A. Kelkar, E. Hart, C. Horst, D. Malik, C. Yeow, B. Singh and S. Chaudhri (2014).** Comparison of analgesic efficacy of four-quadrant transversus abdominis plane (TAP) block and continuous posterior TAP analgesia with epidural analgesia in patients undergoing laparoscopic colorectal surgery: an open-label, randomised, non-inferiority trial. *Anaesthesia*, 69 (4), 348-355.
5. **H. Ueshima, S. Yoshiyama and H. Otake (2016).** The ultrasound-guided continuous transmuscular quadratus lumborum block is an effective analgesia for total hip arthroplasty. *Journal of clinical anesthesia*, 31, 35-35.

NGHIÊN CỨU CÁC CHỈ SỐ NHÂN TRẮC CỦA NGƯỜI KHMER TRONG ĐỘ TUỔI 11-17 TUỔI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG DÂN TỘC NỘI TRÚ THUỘC TỈNH TRÀ VINH

Võ Khánh Phương*, Đoàn Dương Chí Thiện*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm đối tượng gồm 734 học sinh dân tộc Khmer (348 nam và 386 nữ) có độ tuổi từ 11 đến 17 tuổi tại tỉnh Trà Vinh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhìn chung các đặc điểm nhân trắc của dân tộc Khmer có sự thay đổi và tiến sát gần hơn về dân tộc Kinh. Các số đo nhân trắc ở nam vượt trội hơn ở nữ. Bên cạnh các yếu tố di truyền, nội tiết hay chủng tộc thì các yếu tố môi trường sống, dinh dưỡng, tâm lý, hoạt động thể thao, điều kiện kinh tế và các điều kiện tự nhiên khác là những nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng đến các đặc điểm nhân trắc này của người Khmer trên địa bàn tỉnh Trà Vinh.

Từ khóa: Nhân trắc, dân tộc Khmer, học sinh, Trà Vinh

SUMMARY

STUDY ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF KHMER PEOPLE AGED 11-17 YEARS AT THE ETHNIC MINORITY BOARDING SCHOOLS IN TRA VINH PROVINCE

The study was conducted on a group of 734 Khmer ethnic students (348 male and 386 female) aged 11 to 17 years old in Tra Vinh province. The research results show that, in general, the anthropological characteristics of the Khmer people change and come closer to the Kinh people. Anthropological measures for men are superior to those for women. In addition to genetic, hormonal or racial factors, the factors of habitat, nutrition, psychology, sports activity, economic conditions and Other natural conditions are important causes affecting these anthropological characteristics of the Khmer in Tra Vinh province.

Keywords: Anthropology, ethnicity, students, Tra Vinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thể lực phản ánh sự phát triển của cơ thể con người. Nghiên cứu các chỉ số thể lực nói riêng và đánh giá các chỉ số nhân trắc nói chung có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá quá trình sinh trưởng, phát triển của con người trong tổng thể các mối quan hệ về di truyền, môi trường sống, chủng tộc, giới tính... Từ đó làm tiền đề cho việc xây dựng các tiêu chuẩn về số đo, kích thước nhằm chế tạo, sản xuất các công

cụ, phương tiện sinh hoạt hàng ngày [2].

Hiện nay, trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về thể lực của con người ở các lứa tuổi khác nhau nhằm đưa ra các kết luận mới nhất về đặc điểm hình thái thể lực cũng như các quy luật phát triển của cơ thể nhưng tập trung chủ yếu ở các tỉnh phía Bắc và Thành phố Hồ Chí Minh [3], [4], [5], [6].

Trà Vinh là một tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long ở Việt Nam, với đặc thù là tỉnh có đông đồng bào dân tộc người Khmer. Tính đến 2013 tỉnh Trà Vinh có tổng số dân trên một triệu dân, trong đó người dân tộc Khmer chiếm 31,6% dân số cả tỉnh và chiếm 25,5% tổng số người dân tộc Khmer tại Việt Nam. Ngay từ trước thế kỷ XVII người Khmer và văn hóa của họ giữ vai trò chủ thể ở Vùng Đồng bằng sông Cửu Long, với những nét đặc thù riêng về văn hóa, xã hội, kinh tế và những đặc thù nhân chủng học riêng so với các dân tộc khác ở Việt Nam [1]. Tuy nhiên đến thời điểm hiện tại chưa có nghiên cứu nào về nhân trắc học của người dân tộc Khmer ở Trà Vinh. Một câu hỏi được đặt ra là: Đặc điểm nhân trắc của người dân tộc Khmer như thế nào, có gì khác so với dân tộc Kinh và các dân tộc khác của Việt Nam hay không? Có tồn tại những đặc điểm đặc thù riêng của dân tộc Khmer hay không? Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu các chỉ số nhân trắc của người Khmer từ 11 đến 17 tuổi tại tỉnh Trà Vinh*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 734 học sinh dân tộc Khmer (348 nam và 386 nữ) có độ tuổi từ 11 đến 17 tuổi tại tỉnh Trà Vinh.

Địa điểm nghiên cứu: Các Trường Dân tộc nội trú thuộc địa bàn tỉnh Trà Vinh.

Thời gian nghiên cứu: 11/2018 đến 06/2019.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chí chọn mẫu:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Tuổi từ 11 – 17.
- Những người đồng ý tham gia.
- Khi đo đang khỏe mạnh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Tất cả những em có những dị dạng, dị tật

*Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Khánh Phương

Email: vkphuong@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

bẩm sinh hay mắc phải mà ảnh hưởng đến các kích thước nhân trắc như: gù, vẹo, thọt, teo cơ, ...

• Có bệnh cấp hay mạn tính hoặc ở trong tình trạng làm ảnh hưởng tới sự phát triển như: hen, lao, phù, thiếu máu, ...

Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 18.0

Biến số nghiên cứu:

- Chiều cao đứng là chiều cao đo từ mặt đất đến đỉnh đầu bằng thước đo nhân trắc học và đối tượng được đo ở tư thế đứng nghiêm.

- Chiều cao ngồi là chiều cao đo từ mặt phẳng ghế ngồi tới đỉnh đầu khi để đối tượng ngồi ngay ngắn trên một mặt ghế đầu.

- Chỉ số Skélie:

$$\frac{(\text{Chiều cao đứng} - \text{Chiều cao ngồi}) \times 100}{\text{Chiều cao ngồi}}$$

Chỉ số Skélie =

Các nhà nhân chủng học xếp loại hình thái

con người theo chỉ số Skélie như sau:

Chân ngắn: dưới 84,9.

+ Rất ngắn: dưới 74,9.

+ Ngắn: 75 đến 79,9.

+ Ngắn ít: 80 đến 84,9.

Chân vừa: 85 đến 89,9.

Chân dài: trên 90.

+ Dài ít: 90,1 đến 94,9.

+ Dài: 95 đến 99,9.

+ Rất dài: trên 100. [7]

Trang thiết bị: - Cân đồng hồ đã được chuẩn hóa với độ chính xác 0,1 Kg.

- Bộ thước đo nhân trắc học của Martin, sản xuất tại Nhật gồm:

+ Thước đo chiều cao Martin độ chính xác đến 1mm.

+ Thước dây Martin không dẫn độ chính xác đến 1mm.

+ Compa trượt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Các số đo nhân trắc

Bảng 1.1 Số đo cân nặng, chiều cao đứng, chiều cao ngồi ở nam 11-17 tuổi

Tuổi	N	Cân nặng (kg)	Chiều cao đứng (cm)	Chiều cao ngồi (cm)
11	48	37,34 ± 8,11	146,03 ± 6,73	72,85 ± 4,03
12	50	40,41 ± 5,72	150 ± 5,59	74,43 ± 2,47
13	51	40,91 ± 3,96	155,23 ± 4,2	76,11 ± 2,06
14	53	51,9 ± 5,48	162,4 ± 3,65	80,29 ± 2,05
15	52	52,44 ± 9,57	161,93 ± 5,94	79,42 ± 2,81
16	49	53,68 ± 9,21	167,3 ± 4,93	81,97 ± 4,92
17	45	54,96 ± 5,07	167,96 ± 4,59	82,23 ± 1,77

Nhận xét: Số đo cân nặng của học sinh nam dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 12,13 lên 14 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Số đo chiều cao đứng và chiều cao ngồi của học sinh nam dân tộc Khmer cũng tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 13 lên 14 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Bảng 1.2 Số đo cân nặng, chiều cao đứng, chiều cao ngồi ở nữ 11-17 tuổi

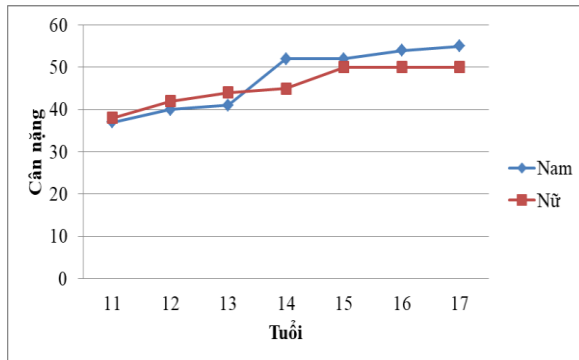
Tuổi	N	Cân nặng (kg)	Chiều cao đứng (cm)	Chiều cao ngồi (cm)
11	52	37,82 ± 6,66	147,36 ± 7,32	73,62 ± 3,79
12	52	42,07 ± 5,85	152,91 ± 5,88	75,54 ± 3,14
13	54	44,08 ± 4,39	155,97 ± 5,12	76,94 ± 2,53
14	58	45,4 ± 5,26	156,63 ± 4,28	77,23 ± 2,18
15	60	50,21 ± 8,38	156,51 ± 4,42	77,24 ± 2,28
16	53	50,35 ± 7,47	158,23 ± 5,16	77,77 ± 2,61
17	57	49,96 ± 7,33	158,4 ± 6,66	78 ± 3,04

Nhận xét: Số đo cân nặng của học sinh nữ dân tộc Khmer tăng dần qua các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 11 lên 12 và lứa tuổi 14 lên 15 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Số đo chiều cao đứng và chiều cao ngồi của học sinh nữ dân tộc Khmer cũng tăng dần qua

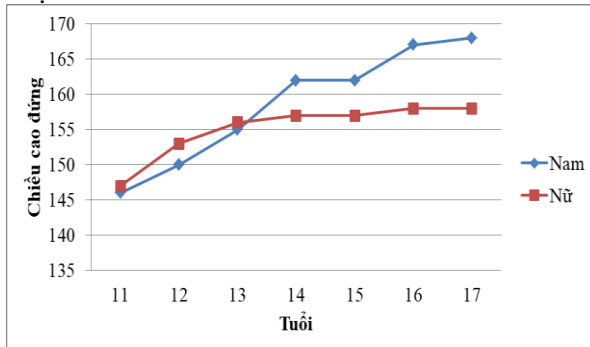
các lứa tuổi. Đặc biệt, giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi 11 lên 12 tăng nhiều hơn so với các giai đoạn chuyển tiếp khác.

Kết quả chiều cao đứng song hành cùng kết quả cân nặng của các dân tộc. Hai số đo này cho chúng ta nhận định rõ về tầm quan trọng của yếu tố dinh dưỡng đối với tình trạng thể lực của trẻ.



Biểu đồ 1.1. Cân nặng nam và nữ dân tộc Khmer từ 11 – 17 tuổi

Nhận xét: Số đo cân nặng của học sinh nữ dân tộc Khmer lớn hơn nam ở giai đoạn 11 – 13 tuổi nhưng đến giai đoạn 14 – 17 tuổi thì số đo cân nặng của học sinh nam dân tộc Khmer lại vượt lên lớn hơn so với nữ.



Biểu đồ 1.2. Chiều cao đứng nam và nữ dân tộc Khmer từ 11 – 17 tuổi

Nhận xét: Số đo chiều cao ngồi của học sinh nữ dân tộc Khmer lớn hơn nam ở giai đoạn 11 – 13 tuổi nhưng đến giai đoạn 14 – 17 tuổi thì số đo chiều cao ngồi của học sinh nam dân tộc Khmer lại vượt lên lớn hơn nhiều so với nữ.

2. Chỉ số nhân trắc Skélie

Bảng 2.1 Chỉ số đo nhân trắc Skélie ở nam

Tuổi	N	Chỉ số Skélie
11	48	100,62 ± 5,23
12	50	102,70 ± 4,62
13	51	104,00 ± 4,01
14	53	102,29 ± 1,34
15	52	103,90 ± 1,88
16	49	104,12 ± 2,67
17	45	104,23 ± 2,17

Nhận xét: Các chỉ số Skélie của học sinh nam Khmer luôn lớn hơn 100 ở các lứa tuổi.

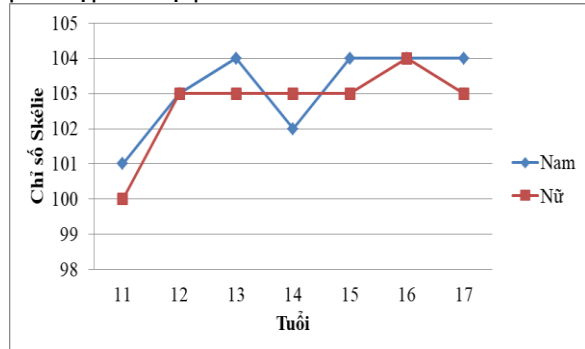
Bảng 2.2 Chỉ số đo nhân trắc Skélie ở nữ

Tuổi	N	Chỉ số Skélie
11	52	100,27 ± 5,39
12	52	102,48 ± 3,68
13	54	102,72 ± 2,56

14	58	102,84 ± 3,45
15	60	102,65 ± 1,96
16	53	103,49 ± 2,54
17	57	103,06 ± 2,56

Nhận xét: Chỉ số Skélie của học sinh nữ Khmer luôn lớn hơn 100 ở các lứa tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các trẻ có kết quả chân dài (chỉ số Skélie > 90) và nhiều trẻ đạt mức chân rất dài. Đây là kết quả phù hợp với sự phát triển chiều cao của các trẻ.



Biểu đồ 2.1. Chỉ số Skélie của nam và nữ Khmer từ 11 – 17 tuổi.

Dựa vào biểu đồ chúng ta thấy chỉ số Skélie của học sinh nam Khmer luôn lớn hơn hoặc bằng nữ ở các lứa tuổi. Ngoại trừ, lứa tuổi 14.

IV. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu đúng với phương pháp: tuân thủ tiêu chuẩn chọn mẫu, đo đạc, thu thập số liệu theo đúng phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0. Chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

- Các số đo cân nặng, chiều cao đứng, chiều cao ngồi đều tăng dần theo lứa tuổi, ở nam cao hơn nữ.

- Chỉ số Skélie trong nghiên cứu cho thấy trẻ có chân từ dài đến rất dài. Như vậy sự phát triển chiều cao chủ yếu là chiều dài chi dưới được cải thiện rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vì Văn An, et al. (2010)**, "Cộng đồng các dân tộc Việt Nam". NXB Giáo Dục, Hà Nội: Tr. 89-91.
2. **Phan Văn Duyệt, Lê Nam Trà (1996)**, "Một số vấn đề chung về phương pháp luận trong nghiên cứu các chỉ tiêu sinh học", Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam, NXB Y Học, tr.13-16.
3. **Hoàng Thị Mai Hoa (2012)**, Nghiên cứu một số chỉ số sinh học hình thể của học sinh Trường THCS xã Lam Hạ, thành phố Phú Lý, Hà Nam, Luận văn thạc sĩ sinh học thực nghiệm, Trường Đại học khoa học tự nhiên Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thúy Hiệp (2015)**, "Nghiên cứu một số chỉ số thể lực của học sinh trung học cơ sở ở tỉnh Bình Dương", Tạp

- chí Đại học Thủ Dầu Một, 6 (25).
5. **Mai Văn Hưng, Trần Long Giang (2013)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm nhân trắc cơ bản của học sinh trung học phổ thông tại Hà Nội", Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội, 29 (1), tr.39-47.
6. **Trần Thị Loan, Lê Thị Tám (2012)**, "Nghiên cứu

một số chỉ số thể lực của học sinh 12-18 tuổi ở huyện Hàm Yên, tỉnh Tuyên Quang, Báo cáo khoa học nghiên cứu và giảng dạy sinh học ở Việt Nam, tr.147.

7. **Nguyễn Quang Quyền (1974)**, Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.

KẾT QUẢ GẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI RÔ BỐT DA VINCI XI UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Trần Đình Tân*, Phan Hữu Huỳnh*

TÓM TẮT

Background: phẫu thuật nội soi Rô bột điều trị ung thư trực tràng là bước tiến cao nhất trong lĩnh vực phẫu thuật xâm nhập tối thiểu ngày nay để thay thế cho những giới hạn của phẫu thuật nội soi thông thường. Thế hệ rô bột Da Vinci Xi là thế hệ mới và hiện đại nhất hiện nay. Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi rô bột Da Vinci Xi mổ ung thư trực tràng tại bệnh viện K (nghiên cứu đầu tiên về Robot Da Vinci Xi tại Việt Nam). **Methods:** nghiên cứu prospective cohort study từ 09/12/2019-01/01/2020 có 22 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi rô bột Da Vinci Xi với kỹ thuật cắt cắt trực tràng và cắt đoạn trực tràng. Chúng tôi đánh giá kết quả sớm của phương pháp này. **Results:** 11 bệnh nhân nam, 11 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình $58,3 \pm 8,9$. Vị trí trực tràng thấp: 2, trực tràng trung bình 6, trực tràng cao 14. Phương pháp phẫu thuật: cắt cắt trực tràng 2, cắt đoạn trực tràng. Thời gian mổ trung bình $149,5 \pm 29,9$ phút. Số hạch nạo vét được $15,6 \pm 3,5$. Lượng máu mất trong mổ trung bình $15,4 \pm 2,7$ ml. Thời gian trung tiện sau mổ $2,5 \pm 1,3$ ngày, thời gian lưu sonde nước tiểu $1,01 \pm 0,6$ ngày, không có bệnh nhân nào bí tiểu sau rút sonde, thời gian nằm viện $6,5 \pm 0,5$ ngày không có bệnh nhân nào chuyển mổ mổ; 01 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Giai đoạn III 6 bệnh nhân, giai đoạn II 16 bệnh nhân. Diện cắt dưới trung bình $6,2 \pm 1,2$ cm. **Conclusion:** kết quả sớm phẫu thuật nội soi rô bột Da Vinci Xi điều trị ung thư trực tràng an toàn và khả thi.

Từ khóa: ung thư trực tràng, phẫu thuật rô bột.

SUMMARY

ROBOT- ASSISTED FOR RECTAL CANCER: SHORT-TERM OUTCOMES OF THE DA VINCI XI IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Background: Robotic laparoscopic surgery for the treatment of rectal cancer is the most advanced step in the field of minimally invasive surgery in recent years to overcome the limitations of conventional

laparoscopic surgery. The Da Vinci Xi Robot is the most advanced and modern robot in the world. The purpose of this study was to evaluate the short – term outcomes of Da Vinci Xi robotic laparoscopic surgery for rectal cancer treatment at Vietnam National Cancer Hospital (the first study on Da Vinci Xi Robot in Vietnam). **Methods:** The prospective descriptive study from September 2019 to January 2020. The first consecutive 22 rectal cancer patient underwent low anterior resection and Abdominoperineal resection by single surgeon with da Vinci Xi. We estimate short – term surgical outcome. **Results:** 11 male, 11 female patient with average age 58.30 ± 8.9 years. 16 patients was at stage II and 6 patients was at stage III. The number of patients suffered from low rectal cancer, middle rectal cancer; upper rectal cancer was 2, 6 and 14 patients, respectively. There are 02 type of operation: 2 abdominoperineal resection and 22 low anterior resection. Operative time was 149.5 ± 29.9 minutes. Lymph node was harvested 15.6 ± 3.5 . Blood loss 15.4 ± 2.7 ml. Returning of bowel function was 2.5 ± 1.3 days. Time of urinary sonde was 1.01 ± 0.6 days without urinary retention. Postoperative hospital stay was 6.5 ± 0.5 days. There was no patient open conversions, but one patient postoperative complications was wound infection. Distal margin was 6.2 ± 1.2 cm. **Conclusion:** The short-term outcomes of the da Vinci Xi for rectal cancer in Vietnam National Cancer Hospital was the evidence that safety and feasibility.

Keyword: rectal cancer; robotic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngay từ khi phẫu thuật nội soi (PTNS) được ứng dụng trong mổ ung thư, nó đã được áp dụng một cách rộng rãi trong mổ ung thư đại trực tràng với những ưu điểm như giảm đau sau mổ, bệnh nhân hồi phục nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện và có giá trị thẩm mỹ. Tuy nhiên PTNS ung thư trực tràng (UTTT) đòi hỏi mức độ kỹ thuật cao hơn đại tràng vì phẫu thuật trong một tiểu khung hẹp hơn ổ bụng. Cùng với thời gian PTNS thông thường cũng bộc lộ những nhược điểm là dụng cụ nội soi thông thường cứng chỉ có 4 độ tự do linh hoạt, hạn chế sự khéo léo trong những khoang hẹp, có độ rung

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

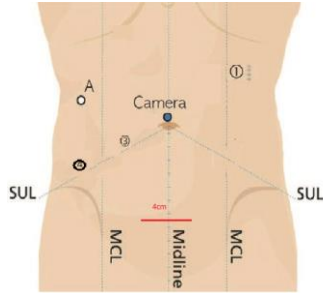
Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

khi thao tác, phối hợp giữa tay và mắt không tối ưu hóa, camera không ổn định và phẫu trường là 2D. Chính sự hạn chế này mà phẫu thuật rô bốt đã ra đời để khắc phục những giới hạn của PTNS thông thường [1];[2];[3]. Phẫu thuật rô bốt có hình ảnh 3D, dụng cụ có 7 độ tự do với thao tác cổ tay, không có sự rung lắc của dụng cụ khi phẫu tích, trường nhìn 3D độ phân giải cao và tư thế mổ của phẫu thuật viên hợp sinh lý hơn, tối ưu hóa hơn. Phẫu thuật rô bốt ứng dụng trong UTTT sẽ phát huy được tối đa ưu thế kỹ thuật khi phẫu tích trong tiểu khung hẹp, bệnh nhân béo [4];[5];[6];[7]. Hệ thống rô bốt Da Vinci Xi là thế hệ rô bốt tiên tiến nhất tại thời điểm hiện nay, lần đầu tiên được ứng dụng tại Bệnh viện K. Trên thế giới cũng còn ít những nghiên cứu về rô bốt Da Vinci Xi trong phẫu thuật UTTT [8],[9]. Vì vậy chúng tôi viết báo cáo đầu tiên về rô bốt Xi ở Việt Nam với mục tiêu đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi rô bốt Da Vinci Xi mổ ung thư trực tràng tại bệnh viện K"

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiền cứu Từ tháng 09/2019 đến 01/2020 có 22 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật rô bốt Da Vinci Xi tại bệnh viện K với các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, giai đoạn bệnh, các loại phẫu thuật trực tràng, thời gian mổ, số lượng hạch nạo vét, lượng máu mất trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, biến chứng sau mổ, thời gian có nhu động ruột trở lại, thời gian rút sonde nước tiểu, tỷ lệ bí tiểu sau rút sonde, thời gian nằm viện, diện cắt dưới u.



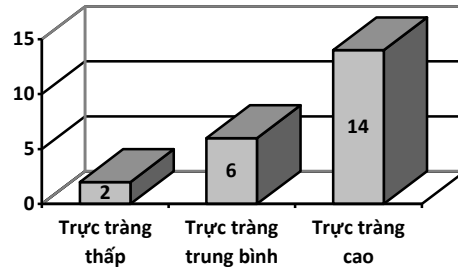
Hình 1: Vị trí trocar mổ rô bốt Da Vinci Xi



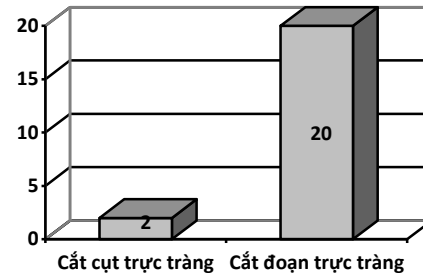
Hình 2: vị trí của các cánh tay rô bốt da Vinci Xi sau khi docking

Kết quả nghiên cứu: 22 bệnh nhân: 11 nam; 11 nữ, giai đoạn III: 6 bệnh nhân; giai đoạn II 16 bệnh nhân

Vị trí trực tràng thấp: 2, trực tràng trung bình 6, trực tràng cao 14. Phương pháp phẫu thuật: cắt cụt trực tràng 2, cắt đoạn trực tràng 20.



Biểu đồ 1: vị trí ung thư trực tràng



Biểu đồ 2: phương pháp phẫu thuật

Bảng 1: kết quả phẫu thuật	
Thời gian mổ	149,5 ± 29,9 phút
Lượng máu mất trong mổ	15,4 ± 2,7 ml.
Số lượng hạch nạo vét được	15,6 ± 3,5 hạch
Thời gian rút sonde nước tiểu	1,01 ± 0,6 ngày
Thời gian có nhu động ruột trở lại	2,5 ± 1,3 ngày
Thời gian nằm viện	6,5 ± 0,5 ngày
Tỷ lệ chuyển mổ mở	0
Biến chứng sau mổ	1 (4, 5 %)
Khoảng cách diện cắt dưới u	6,2 ± 1,2 cm.
Giai đoạn bệnh	
Giai đoạn II	16 bệnh nhân
Giai đoạn III	6 bệnh nhân

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm hiện nay số lượng nghiên cứu về kết quả sớm cũng như theo dõi dài của phẫu thuật rô bốt UTTT còn hạn chế, chủ yếu vẫn là những thống kê các bài viết systematic review hoặc phân tích meta-analyse [7];[8]. Đối với thế hệ rô bốt mới Da Vinci Xi thì lại càng ít các báo cáo về lĩnh vực phẫu thuật UTTT. Tại trung tâm

phẫu thuật rô bốt bệnh viện K, chúng tôi đánh giá kết quả của một trung tâm chuyên sâu về UTTT, chỉ định phẫu thuật rô bốt cũng tương tự như chỉ định cho PTNS thông thường, giai đoạn khối u từ T3 hoặc có hạch N+ được hóa xạ trị tiền phẫu theo phác đồ chuẩn. Phẫu thuật cắt trực tràng trong báo cáo này là tổn thương ung thư đã xâm lấn cơ thắt trong, còn lại 20 bệnh nhân được cắt đoạn trực tràng (low anterior resection-LAR). Các bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật bởi một e kíp được đào tạo bài bản về phẫu thuật rô bốt và đã có kinh nghiệm 3 năm về PTNS 3D. Có 3 thể hệ rô bốt Da Vinci đã được ứng dụng trên thế giới (FDA cấp phép cho Da Vinci được mổ trên người từ năm 2000): S, Si, Xi. Rô bốt Xi có nhiều ưu điểm hơn hẳn 2 thế hệ trước là các cánh tay rô bốt nhỏ gọn và linh hoạt hơn, ống kính camera có thể gắn vào bất cứ cánh tay nào của rô bốt và đặc biệt là khi mổ đại trực tràng chỉ phải docking 1 lần.[2]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp (LAR), sau khi cắt mạch mạc treo tràng dưới, giải phóng đại tràng sigma từ trong ra ngoài. Độ dài của đại tràng sigma và đại tràng trái đủ dài để thực hiện miệng nối thấp, không có trường hợp nào phải giải phóng đại tràng góc lách. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $149,5 \pm 29,9$ phút. Katsuno.H báo cáo 115 bệnh nhân UTTT thời gian mổ trung bình 341 phút. Tác giả cũng giải thích thời gian mổ lâu như vậy là vì giai đoạn đầu mổ rô bốt chưa có một kỹ thuật chuẩn nào để theo, vừa làm vừa hoàn thiện [4]. Araujo Alonso.SE tổng kết các nghiên cứu rô bốt mổ UTTT từ 2002- 2014 với 1776 bệnh nhân thời gian mổ trung bình từ 158-297 phút [1]. Morelli.L so sánh thời gian mổ của rô bốt Si và Xi thì thấy rô bốt Xi có thời gian mổ UTTT trung bình 285 ± 49 phút[7]. Sau khi thống kê chúng tôi nhận thấy thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn các tác giả trên có lẽ là do chúng tôi có một thời gian dài áp dụng PTNS 3D phẫu thuật UTTT nên khi chuyển sang rô bốt Xi thấy thuận lợi. Tỷ lệ chuyển mổ mở cũng là một yếu tố phản ánh kết quả của phẫu thuật rô bốt. Nghiên cứu của Ohtani.H 2018 phân tích Meta-analysis từ 2010 đến 2017 có 2068 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật rô bốt tỷ lệ mổ mở dao động từ 0% đến 9,1%. [8]. Báo cáo 2016 của Yamaguchi.T tại một trung tâm mổ rô bốt của Nhật bản với 203 bệnh nhân mổ rô bốt không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở. Huang.Y 2019 tổng kết hệ thống các nghiên cứu đối chứng cập nhật nhất so sánh mổ rô bốt và mổ nội soi thông

thường tỷ lệ chuyển mổ mở của rô bốt là 5,72% [2]. Nghiên cứu ROLARR (2018) có tỷ lệ chuyển mổ mở là 8,1%[3]. Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi là 0%.

Ưu việt cao nhất của hình ảnh 3D với độ nét cao và sự linh hoạt 7 độ tự do của dụng cụ phẫu tích rô bốt giúp cho sự tinh tế trong phẫu tích được tối ưu nên lượng máu mất trong mổ giảm tối đa. Trong thực tế chúng tôi mổ rô bốt thì phẫu tích ổ bụng gần như không phải dùng máy hút, thậm chí là gạc nhỏ để thấm máu nên lượng máu mất trong mổ rất nhỏ $15,4 \pm 2,7$ ml. Những nghiên cứu khi mới triển khai rô bốt trên thế giới như Pagazzi.A et al (2006) lượng máu mất trung bình là 104ml [9]. Kang.J (2013) 133ml; BarmaJian.M (2014) 125ml; Bertani.E (2011) 100ml; Desouza.AL (2011) 187,5ml [5]. Cùng với thời gian là sự hoàn thiện kỹ năng mổ của phẫu thuật viên, kinh nghiệm được tích lũy và một yếu tố quan trọng nữa là thể hệ rô bốt mới hơn sẽ tối ưu hóa phẫu tích nên lượng máu mất trong mổ ngày càng ít hơn.

Phẫu thuật xâm nhập tối thiểu (MIS), bản thân danh từ này đã diễn tả được ý nghĩa của nó là hạn chế sang chấn khi phẫu thuật, điều này có ý nghĩa quan trọng cho sự hồi phục của bệnh nhân sau mổ. Một trong những dấu hiệu thể hiện sự hồi phục này là thời gian có nhu động ruột trở lại sau mổ. Các nghiên cứu của các tác giả như Park.JS (2011) 3,2 ngày; Bertani.E (2011) 2 ngày; Kang.J (2013) 2,2 ngày; Ghezzi.TL (2014) 2 ngày; BarmaJian.M (2014) 3 ngày. [5]

Đối với thể hệ rô bốt Da Vinci Xi, docking 1 lần duy nhất và sau khi chỉnh tư thế bệnh nhân nghiên cứu, vén ruột non về phía bên phải trong quá trình phẫu tích thắt mạch mạc treo tràng dưới, giải phóng đại tràng sigma, trực tràng chúng tôi không đụng chạm trong suốt quá trình này tới ruột non nên thời gian có nhu động ruột sau mổ trung bình là 2,5 ngày. Các tác giả khác cũng có những nhận xét tương tự như vậy về sang chấn ruột trong quá trình mổ. [3], [5], [9].

Bảo tồn thần kinh tiết niệu sinh dục trong phẫu thuật UTTT là một thách thức đối với phẫu thuật viên bởi vì đây là một trong những tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ. Nhằm vững giải phẫu các nhánh thần kinh chi phối sinh dục tiết niệu (ví dụ đám rối thần kinh hạ vị) có ý nghĩa quan trọng trong mổ trực tràng nhưng làm sao ít làm tổn thương nó nhất lại là một câu hỏi khó khăn, nhất là u trực tràng kích thước lớn, ở vị trí thấp, tiểu khung hẹp. Phẫu thuật rô bốt giúp phẫu thuật viên vượt qua thách thức này. Đánh giá sau mổ chức năng thần kinh

tự động bằng tỷ lệ bí tiểu sau rút sonde bàng quang, thang điểm đánh giá chức năng sinh dục và tiết niệu sau mổ (IPSS và international index of Erectile Function questionnaire). Nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá kết quả sớm nên không có điểm cho 2 thang điểm này mà cần theo dõi thêm sau mổ. Chỉ số quan trọng bước đầu thể hiện được kỹ thuật mổ bảo tồn thần kinh tiết niệu sinh dục là bí đái sau rút sonde bàng quang (retention of urinary) với thời gian lưu sonde nước tiểu là 1.01 ± 0.6 ngày sau mổ, sau khi rút sonde bàng quang chúng tôi không có trường hợp nào bí đái. Các thông kê lớn về phẫu thuật rô bốt trong UTTT đều có kết quả là mổ rô bốt bảo tồn thần kinh tiết niệu sinh dục tốt hơn mổ nội soi thông thường Kim.HJ (2018); Wang.G (2017) [6].

Kết quả ung thư học là một tiêu chuẩn vàng đánh giá giá trị của một phương pháp mổ ung thư. Phẫu thuật mổ mở UTTT có lịch sử hơn một thế kỷ nay và nó là mốc để các phương pháp khác như PTNS thông thường và rô bốt so sánh. Kết quả xa như thời gian sống thêm sau mổ, tỷ lệ tái phát, di căn... đòi hỏi thời gian. Kết quả gần về mặt ung thư học có thể đánh giá qua diện cắt dưới u, số lượng hạch nạo vét được. Các nghiên cứu về số lượng hạch nạo vét được của Rô bốt DaVinci: Park.JS (2011) 19,4 hạch; Bertani.E (2011) 20,5 hạch; Kang.J (2013) 15 hạch; Ghezzi.TL (2014) 20, 1 hạch; BarmaJian.M (2014) 14 hạch. Diện cắt dưới u là Park.JS (2011) 2,8cm; Bertani.E (2011) 2,6cm; Kang.J (2013) 1,9cm; Ghezzi.TL (2014) 2,7cm; BarmaJian.M (2014) 2,05cm [5]. Với 22 bệnh nhân của chúng tôi, diện cắt dưới u trung bình là 6.2 ± 1.2 cm đều âm tính và số lượng hạch thu được là $15,6 \pm 3,5$ hạch, hoàn toàn đảm bảo tiêu chuẩn ung thư học.

Biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện cũng được các nghiên cứu đánh giá là phẫu thuật rô bốt tốt hơn PTNS thông thường [1];[4];[6];[7]. Yamaguchi.T (2016) với 203 bệnh nhân UTTT mổ rô bốt tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,5% bao gồm nhiễm trùng vết mổ, rò miệng nổi, nhiễm trùng tiết niệu, tắc ruột. Rò miệng nổi là một biến chứng nặng trong mổ cắt trực tràng làm tăng tỷ lệ tử vong, thời gian nằm viện và tỷ lệ tái phát tại chỗ sau mổ. Một số nghiên cứu cohort study với số lượng trên 200 bệnh nhân UTTT mổ rô bốt thì tỷ lệ rò miệng nổi là 1,5%-12%. Báo cáo đăng trên WJG 2018 systematic review 1776 bệnh nhân phẫu thuật rô

bốt UTTT có thời gian nằm viện trung bình từ 6 đến 15 ngày [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (4,5%); không có bệnh nhân nào rò miệng nổi và thời gian nằm viện trung bình $6,5 \pm 0,5$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 22 bệnh nhân UTTT phẫu thuật rô bốt Da Vinci Xi kết quả sớm cho thấy phẫu thuật rô bốt Da Vinci an toàn và khả thi và là một phương pháp mổ triển vọng trong tương lai với thời gian mổ nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn, không có chuyển mổ mở, không bí đái sau mổ, số lượng hạch nạo vét được, diện cắt dưới u đảm bảo về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Araujo.SEA; Seid.VE; Klajner.S (2014) "Robotic surgery for rectal cancer: Current immediate clinical and oncological outcomes". World Gastroenterol 21; 20(39);14359-14370
- 2.Huang.YJ; Kang.YN; Huang YM et al (2019) "Effects of laparoscopic vs robotic-assisted mesorectal excision for rectal cancer: an update systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". Asian journal of surgery 42, 657-666
- 3.Jones.K; Qassem.MG; Sains.P et al (2018) "Robotic total meso-rectal excision for rectal cancer: A systematic review following the publication of the ROLARR trial". World Gastrointest Oncol. 15;10 (11):449-464
- 4.Katsuno.H; Hanai.T; Masumori.K et al (2019) "Short-and long-term outcomes of robotic surgery for rectal cancer: a single-center retrospective cohort study". Surgery Today; <http://doi.org/10.1007/s00595-019-01874-x>
- 5.Liao.G; Li.YB; Zhao.Z et al (2016) "Robotic-assisted surgery versus open surgery in the treatment of rectal cancer: the current evidence". www.nature.com/scientificreports
- 6.Matsuyama.T; Kinugasa.Y; Nakajima.Y et al (2018) "Robotic-assisted surgery for rectal cancer: current state and future perspective". Ann Gastroenterol Surg.2:406-412
- 7.Morelli.L; Franco.GD; Guadagni.S et al (2017) "Robot-assisted total mesorectal excision for rectal cancer: case-matched comparison of short-term surgical and functional outcomes between the da Vinci Xi and Si". Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-017-5708-5.
- 8.Ohtani.H; Maeda.K; Nomura.S et al (2018) "Meta-analysis of Robot-assisted Versus Laparoscopic surgery for rectal cancer" in vivo 32:611-623
- 9.Pigazzi.A; Ellenhorn.JDI; Ballantyne.GH et al (2006) "Robotic-assisted laparoscopic low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer". Surg Endosc 20:1521-1525.

ẢNH HƯỞNG ĐỘ TÍNH PHẢN ỨNG DA TAY CHÂN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SORAFENIB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Tiến Quang*, Nguyễn Thị Thu Hường**

TÓM TẮT

Sorafenib là thuốc đầu tiên được khuyến cáo điều trị cho ung thư gan nguyên phát không còn chỉ định can thiệp tại chỗ, tuy nhiên tỷ lệ xuất hiện độc tính cao, phản ứng da tay chân là một trong những độc tính thường gặp nhất. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá sự ảnh hưởng của sự xuất hiện độc tính da tay chân đến kết quả điều trị. Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu trên 110 bệnh nhân UTGNP điều trị tại bệnh viện K và bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1-2010 đến 31-11-2018. Kết quả cho thấy tỷ lệ gặp phản ứng da tay chân 36,4% (Độ 1: 19,1%, độ 2: 10,9%, độ 3: 6,4%). Trong phân tích đơn biến kết quả DCR, PFS, OS cao hơn ở nhóm bệnh nhân xuất hiện phản ứng da tay chân (DCR 77,5% vs 48,6%, $p=0,03$; PFS trung vị 6,7 tháng so với 3,1 tháng, $p=0,001$; OS trung vị 14,6 tháng so với 5,8 tháng, $p=0,002$). Phản ứng da tay chân là yếu tố tiên lượng tốt đến kết quả điều trị của sorafenib tuy nhiên không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đến kết quả điều trị.

Từ khóa: ung thư gan nguyên phát, sorafenib, độc tính, phản ứng da tay chân.

SUMMARY

EFFECTS OF HAND FOOT SKIN REACTION ON THE RESULTS OF SORAFENIB TREATMENT IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Sorafenib is approved for first line treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) without indications of local intervention treatment. Hand foot skin reaction was the most common toxicity. The study was done to assess the effect of hand foot skin reaction on the results of sorafenib treatment in patients with HCC. Descriptive study on 110 HCC patients treated with sorafenib in K Hospital and Hanoi Medical University Hospital from January 2010 to November 2018. The rate of HFSR was 36.4% (Grade 1: 19.1%; grade 2: 10.9%; grade 3: 6.4%). In the univariate analysis, the results were higher significantly in patients with HFSR: the disease control rate 77.5% vs 48.6%, $p = 0.03$, median progression free survival (PFS) 6.7 vs 3.1 months, $p = 0.001$, median overall survival (OS) 14.6 vs 5.8 months, $p = 0.002$. HFSR was the good affects factor on the results of sorafenib treatment, but HFSR was not independent prognostic factor. In multivariate analysis, HFSR was not independent prognostic factors for treatment results of sorafenib.

*Bệnh viện K

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Quang

Email: ntienquangbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

Key words: HCC, sorafenib, toxicity, hand foot skin reaction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2018, tại Việt Nam, ung thư gan nguyên phát (UTGNP) đứng đầu về tỷ lệ mắc, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam, nữ tương ứng là 39,0 và 9,5/100.000 dân[1]. Bệnh có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong gần như tương đương với tỷ lệ mắc, đặc biệt đối với giai đoạn bệnh tiến triển nếu không điều trị thời gian sống trung bình chỉ đạt 3 tháng[2]. Đối với giai đoạn này, rất ít các lựa chọn điều trị, sorafenib là thuốc ức chế đa tyrosin kinase đầu tiên chứng minh được hiệu quả trong điều trị đối với giai đoạn bệnh tiến triển không có chỉ định can thiệp tại chỗ. Tuy nhiên gánh nặng từ chi phí điều trị lớn, tỷ lệ xuất hiện độc tính cao (trên 70%), chỉ định sorafenib cần được cân nhắc trên từng trường hợp cụ thể [3]. Việc đánh giá các yếu tố dự báo kết quả điều trị của sorafenib là điều cần thiết. Các độc tính thường gặp khi điều trị sorafenib bao gồm: mệt mỏi, phản ứng da tay chân (Hand foot skin reaction – HFSR), tiêu chảy, tăng huyết áp...[4]. Hiện nay đã có một số nghiên cứu trên thế giới được tiến hành để đánh giá ảnh hưởng của các độc tính với kết quả điều trị sorafenib, có những nghiên cứu nhận định phản ứng da tay chân là yếu tố tiên lượng độc lập tới kết quả điều trị, tuy nhiên có những nghiên cứu lại cho kết quả không tương đồng. Tại Việt Nam, thuốc được Bộ Y tế cấp phép trong điều trị từ năm 2009, trải qua hơn 10 năm thực tế điều trị, một số nghiên cứu đã được tiến hành để đánh giá hiệu quả của thuốc, một trong các độc tính thường gặp nhất trên người bệnh tại Việt Nam là phản ứng da tay chân, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá ảnh hưởng của độc tính này tới kết quả điều trị. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá ảnh hưởng của độc tính phản ứng da tay chân với kết quả điều trị của thuốc sorafenib trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư gan nguyên phát theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế Việt Nam, giai đoạn bệnh tiến triển (Giai đoạn C theo Barcelona), thất bại sau can thiệp tại chỗ, Child-Pugh A và B, thể trạng

tốt (PS 0-2), được điều trị sorafenib với liều khởi điểm tối thiểu 400 mg/ngày. Các trường hợp u gan do di căn từ nơi khác đến, Child-Pugh C, thể trạng yếu PS>2, mắc các bệnh ác tính khác, di căn não bị loại trừ trong nghiên cứu này.

2. Phương pháp

- *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả hồi cứu trên 110 bệnh nhân ung thư gan nguyên phát điều trị tại Bệnh viện K và Khoa Ung bướu bệnh viện Đại học Y Hà nội trong thời gian từ tháng 1-2010 đến 31-12-2018.

- *Phân tích số liệu:*

Nghiên cứu đánh giá sự khác nhau về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu giữa 2 nhóm BN có hoặc không xuất hiện độc tính phản ứng da tay chân trong quá trình điều trị sorafenib. So sánh sự khác biệt về tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR), thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS), thời gian sống toàn bộ (OS) giữa 2 nhóm có hoặc không có độc tính. Tỷ lệ kiểm soát bệnh được tính bằng tỷ lệ đáp ứng cộng với tỷ lệ bệnh giữ nguyên theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. PFS được tính bằng thời gian từ lúc bắt đầu điều trị sorafenib đến khi bệnh tiến triển. OS được tính bằng thời gian từ lúc bắt đầu điều trị sorafenib đến khi bệnh nhân tử vong vì bất kể nguyên nhân nào hoặc thời

điểm nhóm nghiên cứu có thông tin cuối cùng. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sự khác biệt giữa 2 nhóm định tính sử dụng test so sánh χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong trường hợp mẫu nhỏ hơn 5 thì sử dụng test χ^2 có hiệu chỉnh Fisher. Thời gian sống được tính theo phương pháp Kaplan-Meier. Phân tích đơn biến và đa biến đánh giá ảnh hưởng của độc tính phản ứng da tay chân đến kết quả điều trị sử dụng mô hình hồi quy Cox với độ tin cậy 95%, tỷ suất nguy cơ (HR).

3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu thuộc 1 nhánh nhỏ của đề tài "Đánh giá kết quả điều trị của thuốc sorafenib trên bệnh nhân UTGPNP" được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học trường ĐHYHN theo QĐ số 129/HĐĐĐĐHYHN ngày 4/10/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/2010 đến 11/2018, 110 BN đáp ứng tiêu chí lựa chọn, 35 bệnh nhân hồi cứu, 75 bệnh nhân tiến cứu, thời gian theo dõi trung bình 11 tháng, ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 73,8 tháng. Tỷ lệ BN xuất hiện phản ứng da tay chân là 36,4%. Tỷ lệ độc tính độ 1, độ 2, độ 3 tương ứng 19,1%, 10,9%, 6,4%.

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

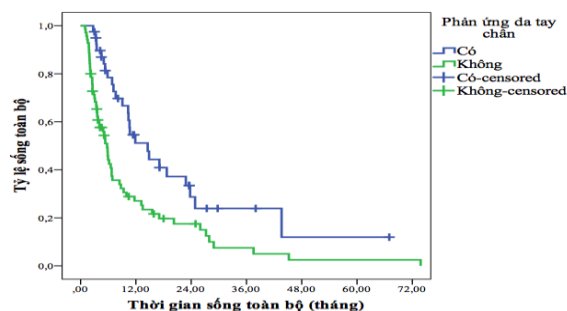
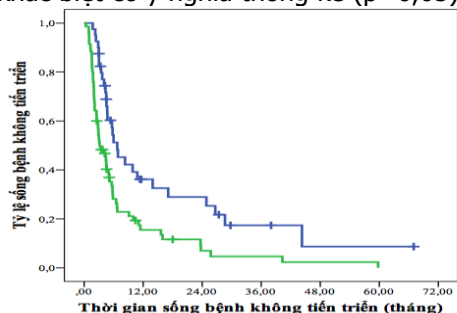
Phản ứng da tay chân Đặc điểm		Có HFSR		Không HFSR		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	35	34,3	67	65,7	0,111
	Nữ	5	87,5	3	95,7	
Tuổi	Dưới 40	4	44,4	5	55,6	0,721
	≥ 40	36	10,0	65	7,1	
Chỉ số toàn trạng	0	39	41,9	54	58,1	0,003
	1	1	5,9	16	94,1	
Child-Pugh	A	39	39,4	60	60,6	0,04
	B	1	10,0	10	90,0	
Huyết khối tĩnh mạch cửa	Có	9	21,4	33	78,6	0,01
	Không	31	45,6	37	54,4	
Di căn xa ngoài gan	Có	16	32,7	33	67,3	0,468
	Không	24	39,3	37	60,7	
Số lượng u (n=104)	1	8	28,6	20	71,4	0,432
	>1	28	36,8	48	63,2	
Kích thước u (mm) (n=104)	< 60	28	52,8	25	47,2	<0,001
	≥ 60	8	15,7	43	84,3	
AFP trước điều trị (ng/mL)	< 20	29	33,7	57	66,3	0,275
	≥ 20	11	45,8	13	54,1	
Viêm gan virus B (n=105)	Có	10	45,5	12	54,5	0,424
	Không	30	36,1	53	63,9	
Men gan trước điều trị (UI/L)	≤80	35	47,3	39	52,7	0,001
	>80	5	13,9	31	86,1	

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng, điểm Child-Pugh, huyết khối tĩnh mạch cửa, kích thước u, men gan trước điều trị là các đặc điểm có sự khác biệt giữa 2 nhóm có hoặc không có độc tính phản ứng da tay chân.

3. Tỷ lệ kiểm soát bệnh, PFS, OS, độc tính theo phản ứng da tay chân**Bảng 2. Kết quả DCR, PFS, OS theo phản ứng da tay chân**

Kết quả		Phản ứng da tay chân		Giá trị p	HR 95% CI
		Có(n=40)	Không(n=70)		
DCR (%)		77,5	48,6	0,003	
Thời gian PFS	Trung vị- tháng (95% CI)	6,7 (3,8-9,6)	3,1 (1,6-4,7)	0,001	2,090(1,337-3,268)
	Tỷ lệ PFS 1 năm (%)	36,0	16,0	<0,001	
Thời gian OS	Trung vị- tháng (95% CI)	14,6 (9,1-20,0)	5,8 (4,7-6,8)	0,002	2,095 (1,307-3,357)
	Tỷ lệ OS 1 năm (%)	51,0	27,0	<0,001	

Nhận xét: Kết quả DCR, PFS, OS cao hơn ở nhóm BN xuất hiện HFSR trong quá trình điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

**Biểu đồ 1. Thời gian PFS và OS theo phản ứng da tay chân****Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PFS, OS**

Yếu tố	PFS- Phân tích đa biến			OS- Phân tích đa biến		
	HR	95%CI	p	HR	95%CI	p
Viêm gan B(Có, Không)	1,501	0,828-2,721	0,181	2,542	1,327-4,870	0,005
PS (0, 1)	2,565	1,214-5,421	0,014	1,274	0,603-2,693	0,526
AFP-ng/ml (>20, ≤20)	0,583	0,299-1,133	0,111	0,025	0,330-1,375	0,278
Kích thước u-mm(>60, ≤ 60)	2,096	1,226-3,584	0,007	2,125	1,221-3,696	0,008
Số lượng u(Đơn ổ, đa ổ)	0,740	0,434-1,263	0,270	0,616	0,353-1,075	0,088
Huyết khối TMC(Có, không)	1,106	0,671-1,822	0,694	0,759	0,437-1,319	0,328
Di căn xa ngoài gan (Có, không)	2,183	1,300-3,666	0,003	2,683	1,487-4,843	0,001
Men gan trước điều trị -UI/L (>80, ≤80)	0,892	0,516-1,542	0,682	0,940	0,522- 1,692	0,836
Child-Pugh (A, B)	0,890	0,407-1,945	0,770	2,805	1,250- 6,290	0,012
Liều Sorafenib (800mg, < 800mg)	1,414	0,739-2,704	0,295	0,959	0,501 1,835	0,898
HFSR (Có, không)	1,223	0,706-2,120	0,472	1,087	0,631-1,872	0,763
Tăng men gan(Có, không)	1,642	0,977-2,761	0,061	2,009	1,170-3,449	0,011
Viêm miệng(Có, không)	0,990	0,310-3,162	0,986	0,222	0,049-1,010	0,052
Tăng huyết áp(Có, không)	0,469	0,145-1,515	0,206	0,154	0,031-0,755	0,021

Nhận xét: Phản ứng da tay chân không phải là yếu tố ảnh hưởng độc lập đến kết quả PFS, OS.

IV. BÀN LUẬN

Cơ chế phản ứng da tay chân (HFSR) chưa rõ, song đây là tác dụng phụ không mong muốn chiếm tỷ lệ cao nhất trong hầu hết các nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ xuất hiện độc tính này là 36,4%. Kết quả từ bảng 2, biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ kiểm soát bệnh, PFS, OS cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân xuất hiện phản ứng da tay chân.

Các nghiên cứu trong nước về vai trò của sorafenib không đề cập đến vai trò tiên lượng

của phản ứng da tay chân, tuy nhiên nhiều nghiên cứu trên thế giới đề cập đến vấn đề này. Theo Reig và cộng sự (2014), việc xuất hiện phản ứng da tay chân trong vòng 60 ngày đầu tiên điều trị sorafenib có kết quả sống thêm tốt hơn (OS trung vị 18,2 tháng so với 10,1 tháng, $p=0,009$), do vậy không nên coi sự xuất hiện của độc tính là yếu tố không thuận lợi và không khuyến cáo ngừng điều trị khi xuất hiện độc tính [5]. Theo Fernanda Branco (2017), thời gian sống trung vị những BN xuất hiện HFSR là 20

tháng cao hơn những bệnh nhân không có độc tính này (cao hơn gấp 3 lần), HFSR là yếu tố tiên lượng độc lập tới kết quả điều trị [6]. Bruno Vincenzi (2009) trên 65 BN điều trị sorafenib với liều khởi điểm 800 mg/ngày, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 48,3% cao hơn 19,4 % ở nhóm không có HFSR, trung vị thời gian đến khi bệnh tiến triển là 8,1 tháng ở BN có HFSR so với 4,0 tháng ở nhóm không có HFSR, sự khác biệt có ý nghĩa khi phân tích đa biến [7]. Nghiên cứu của Bettinger và cộng sự (2012), Koschny và cộng sự (2013) lại không thấy vai trò tiên lượng của phản ứng da tay chân với kết quả điều trị sorafenib [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù khi phân tích đơn biến kết quả PFS và OS đều gấp 2 lần ở nhóm bệnh nhân có phản ứng da tay chân (bảng 2), tuy nhiên khi phân tích đa biến độc tính này lại không phải yếu tố ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều trị (Bảng 3). Bảng 1 cho thấy phản ứng da tay chân gặp nhiều hơn có ý nghĩa ở những BN có u gan kích thước > 60mm, viêm gan virus B, có huyết khối tĩnh mạch cửa và men gan trước điều trị >80 UI/L. Đây có thể là các yếu tố ảnh hưởng khi phân tích đa biến. Mặc dù vậy, việc xuất hiện phản ứng da tay chân vẫn được đánh giá là yếu tố tiên lượng tốt đến kết quả điều trị với thuốc sorafenib.

V. KẾT LUẬN

Phản ứng da tay chân là độc tính thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư gan nguyên phát điều trị sorafenib tại Việt nam. Sự xuất hiện của độc tính là yếu tố tiên lượng tốt đến kết quả điều trị của thuốc tuy nhiên không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đến kết quả điều trị.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Phòng Kế hoạch tổng hợp, các khoa lâm sàng bệnh viện K, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. A new prognostic system for hepatocellular carcinoma: a retrospective study of 435 patients: the Cancer of the Liver Italian Program (CLIP) investigators (1998). Hepatology, 28(3), 751–755.
3. Cheng A L, Kang Y K, Chen Z, et al (2009). Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Oncol, 10(1), 25–34.
4. Lencioni R, Kudo M, Ye S.L et al (2014). GIDEON (Global Investigation of therapeutic DEcisions in hepatocellular carcinoma and Of its treatment with sorafenib): second interim analysis. Int J Clin Pract, 68(5), 609–617.
5. Reig M, Torres F, Rodriguez-Lopez C et al (2014). Early dermatologic adverse events predict better outcome in HCC patients treated with sorafenib. Journal of Hepatology, 61(2), 318–324.
6. Branco F, Alencar R.S.M, Volt F et al (2017). The Impact of Early Dermatologic Events in the Survival of Patients with Hepatocellular Carcinoma Treated with Sorafenib. Ann Hepatol, 16(2), 263–268.
7. Vincenzi B, Santini D, Russo A et al (2010). Early skin toxicity as a predictive factor for tumor control in hepatocellular carcinoma patients treated with sorafenib. Oncologist, 15(1), 85–92.
8. Bettinger D, Schultheiss M, Knüppel E et al (2012). Diarrhea predicts a positive response to sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma. Hepatology, 56(2), 789–790.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY THÂN XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐỊNH NỘI TỦY KÍN CÓ CHỐT

Nguyễn Thiên Đức*, Võ Thành Toàn**

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả liền xương và phục hồi chức năng của gãy thân xương chày sau phẫu thuật kết hợp xương định nội tủy có chốt. **Đối tượng**

*Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

**Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thanh Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ của tất cả những bệnh nhân gãy thân xương chày do chấn thương được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng định nội tủy có chốt tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2016 đến tháng 09/2019.

Kết quả: Nghiên cứu 43 bệnh nhân trong thời gian theo dõi trung bình 11,4 tháng (ngắn nhất 7 tháng và dài nhất 18 tháng). Cho kết quả liền xương tốt 100%, thời gian liền xương trung bình là 14,5 tuần. Kết quả PHCN theo tiêu chuẩn Ekland: rất tốt 76,2%, tốt 19,0%, trung bình 4,8% và không có kết quả kém.

Kết luận: Chọn định nội tủy có chốt kết hợp xương cho gãy thân xương chày là phương pháp tốt nhất, cố định xương vững chắc, giúp bệnh nhân tập vận động

sớm, mau phục hồi chức năng. Cho bệnh nhân tập ti nén sớm sau mổ đóng đinh nội tủy có chốt, giúp cho quá trình liền xương nhanh. Để đạt kết quả tốt nhất cần phải có đủ trang thiết bị.

Từ khóa: Gãy thân xương chày, kết hợp thân xương chày bằng đinh nội tủy có chốt.

SUMMARY

THE RESULTS OF TIBIAL SHAFT CLOSED FRACTURES TREATMENT BY INTRAMEDULLARY NAIL INTERNAL FIXATION

Objectives: To evaluate the results of bone healing and rehabilitation of tibial shaft fracture after internal fixation with intramedullary nail. **Methods:** Conducting retrospective research on the records of all patients with tibial shaft fractures due to accident that were treated internal fixation with intramedullary nail at Thong Nhat Hospital from January 2016 to September 2019. **Results:** 43 patients during the mean follow-up of 11.4 months (the shortest 7 months and the longest 18 months). Bone healing result is 100% good, the average bone healing time is 14,5 weeks. Rehabilitation results according to Ekland standard: very good 76,2%, good 19,0%, average 4,8% and no poor results. **Conclusion:** Selecting intramedullary nail internal fixation for the fracture of the tibial shaft is the best method, stable bone fixation, helping the patient exercise early and recover quickly. Let patients practice compression sooner after surgery that helps the healing process quickly. For best results, sufficient equipment is required.

Keywords: fracture of the tibia shaft, tibial shaft fracture internal fixation with intramedullary nail.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương chày là một xương dài thuộc chi dưới, khỏe và lớn thứ hai sau xương đùi. Gãy thân xương chày (có hay không kèm gãy xương mác) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm tỉ lệ cao 10 – 20% trong gãy xương chung ở cơ quan vận động (trong đó gãy hở chiếm 30%) [2]. Nguyên nhân thường gặp hiện nay là do tai nạn giao thông (TNGT) chiếm hàng đầu. Mục đích chính của điều trị là giúp xương mau liền, thẳng trục, và sớm phục hồi chức năng (PHCN) cho người bệnh. Đóng đinh nội tủy (DDNT) kinh điển thân xương chày chỉ định cho những trường hợp gãy đơn giản ở vị trí ống tủy hẹp 1/3 giữa (1/3G) thân xương. Phương pháp kết hợp xương (KHX) bên trong bằng nẹp vít nhược điểm là tỉ lệ nhiễm trùng, khớp giả, gãy nẹp, bung vít cao.

Thời gian gần đây, các thể hệ đinh chốt ra đời và được cải tiến dần cho đến nay như đinh Russel – Taylor, Delta, AO, Sanatmetal, SIGN... đã chứng minh nó là chỉ định phù hợp nhất hiện nay cho gãy thân xương chày nơi ống tủy loe rộng và những loại gãy không vững như gãy 2 tầng, gãy chéo xoắn, gãy nát nhiều mảnh. Một bước tiến mới là người ta đã nhờ X-quang có

màn tăng sáng (C-arm) là một cách mạng trong điều trị. Nhờ đó không cần mở ổ gãy mà chúng ta vẫn có thể nắn chỉnh xác di lệch và đưa đinh vào đúng lòng tủy của xương, bắt các chốt vào đầu xa và đầu gần để cố định. Ưu điểm của phương pháp mổ kín là không làm tổn thương thêm mô mềm và mạch máu nuôi xương, cố định xương vững chắc giúp xương lành nhanh, giảm được nhiễm trùng sau mổ.

Tại Bệnh viện Thống Nhất, từ tháng 01/2016 đến tháng 09/2019, đã điều trị cho bệnh nhân (BN) gãy thân xương chày bằng phẫu thuật KHĐinh nội tủy có chốt nắn chỉnh kín trên bàn chỉnh hình có sự kiểm soát của màn hình tăng sáng do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả liền xương và phục hồi chức năng của gãy thân xương chày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả những BN gãy thân xương chày do chấn thương được điều trị phẫu thuật KHĐinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2016 đến tháng 09/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi thu thập các số liệu của 43 BN về:

- Hành chính: tuổi, giới tính của BN, nguyên nhân chấn thương.

- Kết quả điều trị: thời gian theo dõi sau mổ, số ca liền vết mổ, thời gian liền xương, kết quả nắn xương, số ca bắt vít sai lỗi, thời điểm tì đè chân không đau một phần và hoàn toàn.

- Kết quả phục hồi chức năng: các tiêu chuẩn phục hồi chức năng theo Terschiphort.

- Tai biến: choáng, tắc mạch máu do mổ.

- Biến chứng trong mổ và sau mổ:

+ Trong mổ: choáng do gây mê, mất máu; kẹt, gãy đinh, vít chốt; chèn ép khoang, tổn thương mạch máu, thần kinh ngoại biên, vỡ xương trong mổ, ...

+ Sau mổ: nhiễm trùng vết mổ, hạn chế vận động khớp gối, khớp cổ chân, vít chốt sai lỗi, lỏng vít chốt, lỏng đinh, viêm xương, chậm liền xương, khớp giả, can lệch...

2.3. Các bước tiến hành phẫu thuật:

- Chuẩn bị: đinh nội tủy có chốt (đinh SIGN), vít, khung ngàm và bộ trợ cụ. BN được gây tê tủy sống hay mê nội khí quản.

- Tư thế BN: nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, chân bị gãy đùi dạng 45°, háng gấp 45°, gác trên giá để chân, khớp gối gấp 90°.

- Nắn xương gãy trên khung nắn. Rạch da ngay bờ trong gân bánh chè phía cực dưới xương bánh chè khoảng 4 cm bộc lộ tam giác trên lồi củ chày để xác định điểm và tủy xương chày.

-Dùi lỗ tạo đường vào của đinh trên lõi củ trước xương chày 1cm. Khoan rộng lòng tủy bằng các mũi khoan có đường kính tăng dần từ 7mm đến 10mm. Lắp đinh vào khung ngấm, đưa đinh xoay nhẹ nhàng vào lòng tủy hướng về ổ gãy, giữ chi ở tư thế vừa nắn, tiếp tục đẩy đinh qua ổ gãy vào lòng tủy đoạn gãy xa dưới C-arm, kiểm tra sự vững của ổ gãy sau khi đã lắp đinh.

-Bắt vít chốt đầu gần và đầu xa ổ gãy dưới C-arm. Khâu và đóng vết mổ.

-Nếu là gãy hở việc đầu tiên phải cắt lọc vết thương, sau đó mới thực hiện các bước trên, cuối cùng đặt dẫn lưu trước đóng vết mổ.

-Theo dõi BN, hẹn BN đến kiểm tra định kỳ sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 9 tháng, 12 tháng để đánh giá kết quả điều trị, những biến chứng, hướng dẫn BN tập vận động PHCN.

2.4. Đánh giá kết quả điều trị và PHCN

- Đánh giá nắn chỉnh xương và liền xương:
+ Lâm sàng: hết cử động bất thường, đau chói; chi vận động lại được.

+ X-quang: hết các di lệch gập góc, xoay, ngắn xương, sang bên; can xương dư tạo thành khối đồng nhất, can xương bắc cầu nối hai đoạn gãy, không còn thấy khe gãy trên phim X-quang.

- Đánh giá kết quả chức năng theo tiêu chuẩn Ekeland.

Bảng 2.1: Tiêu chuẩn phục hồi chức năng theo Terschiphort

Mức độ	Đau	Vận động khớp gối	Vận động khớp cổ chân	Teo cơ	Kết quả liền xương
Rất tốt	Không đau	Bình thường	Bình thường	Không	Xương liền thẳng trục
Tốt	Đau khi gắng sức	Gập 90 – 120°, duỗi < 10°	Gập mu bằng 0°	Không đáng kể	Liền xương, trục mở ra ngoài hay vào trong 5°, mở góc ra sau hoặc ra trước 10°, ngả chỉ < 10 mm
Trung bình	Đau vừa chịu đựng được	Gập < 90° Duỗi < 0°	Chân thuổng	Nặng	Di lệch quá ngưỡng trên
Kém	Không chịu đựng được	Cứng khớp	Cứng khớp	Nặng	Không liền xương hoặc liền xương ở mức độ trung bình và di lệch xoay

- Đánh giá và theo dõi tai biến và biến chứng trước, trong và sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố BN theo tuổi (n=43)

Độ tuổi	Nữ	Nam	Cộng
16 – 30	2	15	17 (39,5%)
31 – 45	6	6	12 (27,9%)
46 – 60	4	10	14 (32,6%)
> 60	0	0	0 (0,0%)
Cộng	12 (28,6%)	31 (72,1%)	43 (100,0%)

43BN bao gồm 31 nam và 12 nữ; BN trẻ nhất 16 tuổi, già nhất 58 tuổi (trung bình 36,1 tuổi). Tỷ lệ nam/ nữ là: 2,5/ 1. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 60 trở xuống là nhóm tuổi ở độ tuổi lao động và làm việc nên tham gia giao thông nhiều.

Văn Quang Sung nghiên cứu 51 trường hợp gãy thân 2 xương cẳng chân (2XCC) tuổi trung bình là 30, tỉ lệ nam/ nữ là 4/1.

Ekeland nghiên cứu 43 trường hợp gãy 2XCC tuổi trung bình 35, tỉ lệ nam/ nữ là 2/1.

Tỉ lệ nam nhiều hơn nữ do nam giới trẻ là lực lượng tham gia giao thông nhiều cùng với việc sử dụng bia, rượu phần lớn cũng đều là nam nên dễ dẫn đến TNGT hơn. Mặc khác, trong những công việc lao động nặng ở công trường, hầm mỏ nam là lực lượng chủ yếu, khi rủi ro bị tai nạn cũng gặp nam nhiều hơn.

3.2. Nguyên nhân

Bảng 3.2 Nguyên nhân gây xương (n=43)

Nguyên nhân	Tai nạn giao thông (TNGT)	Tai nạn lao động (TNLD)	Tai nạn sinh hoạt (TNSH)
Số ca	29	10	4
Tỉ lệ	67,4%	23,3%	9,3%

TNGT chiếm hàng đầu tỉ lệ(67,4%). Hầu như tai nạn do xe gắn máy gây ra, là loại phương tiện lưu thông được sử dụng nhiều nhất của nước ta hiện nay. Tỷ lệ này tương đương với Văn Quang Sung tỉ lệ TNGT là 96,1%.

Ngược lại với các tác giả phương tây thì nguyên nhân chủ yếu là tai nạn thể thao (TNTT) như nghiên cứu Court – Brawn tỉ lệ do TNTT là 75,2%.

Có sự khác nhau về nguyên nhân của các tác giả trong nước và nước ngoài khá rõ. Điều đó phản ánh rất đúng tình hình bùng nổ phương tiện giao thông nước ta hiện nay là đáng báo động, trong khi hạ tầng và đường phố chưa đáp ứng nổi.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.3. Phân bố thời gian theo dõi sau mổ

Thời gian theo dõi (tháng)	Số BN	Tỉ lệ (%)
6 – 8	8	18,6%
9 – 11	12	27,9%

12 – 14	19	44,2%
>15	4	9,3%
Tổng	43	100,0%

43 BN được đánh giá kết quả, thời gian theo dõi từ 7-18 tháng (trung bình 11,4 tháng). Thời gian theo dõi BN có tỉ lệ cao nhất là 12-14 tháng 44,2%:

– Liên vết mổ: cả 43 BN (100%) đều có sẹo mổ liền tốt, mềm mại.

– Thời gian liền xương:

Bảng 3.4. Thời gian liền xương

TGLX (tuần)	Số ca	Tỉ lệ (%)
12	7	16,3
14	13	30,2
16	18	41,9
18	4	9,3
20	1	2,3
Tổng	43	100
TGLXTB	14,4	100

Bảng 3.4 cho thấy TGLX sớm nhất là 12 tuần, chậm nhất là 20 tuần. TGLX trung bình là 14,5 tuần. Kết quả tất cả đều liền xương sau 20 tuần, không có trường hợp nào chậm liền xương hay khớp giả. Tương đương với kết quả nghiên cứu

3.3. Kết quả phục hồi chức năng:

Bảng 3.5. Tiêu chuẩn phục hồi chức năng theo Terschiphort

Mức độ	Đau	Vận động khớp gối	Vận động khớp cổ chân	Teo cơ	Kết quả liền xương
Rất tốt	32	33	37	43	33
Tốt	11	10	6	0	9
Trung bình	0	0	0	0	1
Kém	0	0	0	0	0

Kết quả PHCN trong tất cả trường hợp nghiên cứu, ở mức độ trung bình tiêu chuẩn liền xương lệch trục có 1 BN (2,3%), còn lại đều phục hồi mức độ tốt và rất tốt (97,7%), không có trường hợp nào teo cơ hay cứng khớp.

Để đạt được điều này, ngay từ khi sau mổ chúng tôi cho BN tập vận động thụ động và chủ động theo sự hướng dẫn của kỹ thuật viên hàng ngày, kê cao chi gãy sau phẫu thuật ngày từ hậu phẫu giờ thứ 1, kết hợp với việc tì nén sớm giúp nên kết quả gấp, duỗi, đều đạt tốt và rất tốt. Sau 16 tuần biên độ khối gối, khớp cổ chân trở lại gần như bình thường.

Đau ở đây theo chúng tôi có thể do đầu đinh đóng hơi nhô cao, hoặc cũng có thể do đầu vít chốt đầu gần dài gần sát da. Những trường hợp này rơi vào những lần phẫu thuật đầu tiên do chúng tôi chưa có kinh nghiệm, về sau chúng tôi không để đầu đinh nhô cao, đo và chọn kích thước vít chốt vừa vặn không để đầu vít sát da nữa.

Lương Xuân Bính điều trị 88 trường hợp bằng đinh nội tủy chốt xương chày có kết quả PHCN

52 trường hợp của tác giả Văn Quang Sung (TGLXTB 16 tuần).

– Kết quả nắn xương: 6 trường hợp di lệch sang bên nhỏ hơn hoặc bằng $\frac{1}{2}$ vỏ xương, 1 trường hợp ngắn chỉ hơn 1 cm nhưng nhỏ hơn 2 cm, 3 trường hợp di lệch gấp góc trước sau hơn 5° nhưng nhỏ hơn 10° , không có trường hợp di lệch chông ngắn, di lệch xoay. Các trường hợp có di lệch đều ở mức độ cho phép không làm biến dạng hay ảnh hưởng đến chức năng chi gãy.

– Trong 43 trường hợp, không có trường hợp nào bị sai lệch vít chốt.

– Thời điểm tì đè chân gãy không đau 1 phần và hoàn toàn càng sớm thì TGLXTB càng ngắn. Có mối liên quan giữa TGLX với thời điểm tì đè 1 phần hay hoàn toàn ($p < 0,0001$ có ý nghĩa thống kê). Điều này hoàn toàn phù hợp với 2 yếu tố cơ bản và cần thiết cho xương gãy mau lành, đó là phục hồi máu lưu thông tại ổ gãy và bất động vững chắc. Việc tì nén sớm theo quan điểm nhiều tác giả như Nguyễn Quang Long là hết sức quan trọng tạo nên sức ép động dọc trục kích thích quá trình liền xương diễn ra nhanh hơn.

gối, cổ chân như sau: 2 trường hợp (2,3%) gấp gối $< 120^\circ$, 5 trường hợp hạn chế duỗi gối $< 5^\circ$ (5,7%) và 3 trường hợp (3,4%) hạn chế duỗi gối $< 10^\circ$. Có 2 trường hợp (2,3%) gấp mu chân 20° và 4 trường hợp (4,5%) gấp mu chân $< 20^\circ$. Có 4 trường hợp (4,5%) gấp gan chân bàn chân 30° và 3 trường hợp (3,4%) gấp lòng $< 30^\circ$.

3.5 Biến chứng và tai biến: Trong 43 trường hợp không gặp biến chứng nào trong quá trình gây tê tủy sống hay mê nội khí quản. Không ghi nhận trường hợp nào bị mất máu trong và sau mổ gây ra choáng. Trong lúc mổ không có trường hợp nào bị kẹt đinh, gãy đinh, chỉ có 1 trường hợp vỡ vỏ xương đoạn gãy xa, do đóng đinh nhưng chưa khoan ống tủy đủ rộng và nắn xương chưa thẳng trục. Các mảnh vỡ nhỏ nhưng vẫn đảm bảo yêu cầu bất động sau khi đóng đinh. Chưa ghi nhận trường hợp nào tổn thương mạch máu lớn hay thần kinh sau mổ.

Điều trị 43 trường hợp có 3 trường hợp nhiễm trùng nông (9,5%), không có trường hợp nào nhiễm trùng sâu, không có trường hợp nào viêm

xương sau mổ. Tương đương với tỉ lệ nghiên cứu của Văn Quang Sung.

Can lệch, ngăn chi: tất cả trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, qua thời gian theo dõi thấy đi lại vận động tốt, xương lành, không có trường hợp nào can lệch hay ngăn chi đáng kể.

Chưa ghi nhận trường hợp nào gãy đinh, lỏng đinh, cong đinh hay cong, gãy vít chốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do số lượng mẫu không lớn nên không ghi nhận biến chứng này.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đóng đinh chốt là phẫu thuật KHX vững chắc áp dụng cho nhiều loại gãy xương, đặc biệt là gãy mất vững giúp BN tập vận động sớm hơn so với bất kỳ phẫu thuật KHX nào. Biến chứng toàn thân trong và sau phẫu thuật không gặp trường hợp nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Bé Bảy, Phạm Việt Bá (1987).** "Bàn về xử trí vết thương trong gãy hở thân xương cẳng chân". Tổng quan và chuyên khảo ngắn y dược TP. Hồ Chí Minh, 31, tr. 21-23.

2. **Trịnh Công Bình (2002).** "Xử trí gãy hở cẳng chân trong cấp cứu". Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
3. **Lương Xuân Bính (2009).** "Điều trị gãy hở thân hai xương cẳng chân trong cấp cứu bằng đinh chốt SIGN". Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
4. **Phạm Đăng Diệu (2001).** "Xương, khớp chi dưới". Giải phẫu chi trên – chi dưới, Nhà xuất bản Y học, tr. 266 – 279.
5. **Trình Minh Hiệp và cộng sự (2005).** "Kết hợp xương bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, Bến Tre". Kỷ yếu Hội nghị thường niên lần thứ XII, tr. 7 – 10.
6. **Phạm Xuân Hùng (2005):** "Chỉ định đóng đinh Kuntscher kinh điển kín trong điều trị gãy thân xương đùi và xương chày ở người lớn". Hội nghị thường niên lần thứ XII, Hội Chấn thương Chính hình TP. Hồ Chí Minh.
7. **Phạm Thanh Hữu (2013).** "Điều trị gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh chốt xương chày có đinh vít đầu xa". Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. **Ekeland A., Thoresen B.O., Alho, Stroscoe K., Folleras G. (1988).** "Interlocking intramedullary nailing in the treatment of the tibia fracture: report of 45 cases", Clinical Orthopaedics and relate research, 231, pp. 205 – 125.

THỰC TRẠNG MỘT SỐ BỆNH KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT VÀ BỆNH NGOÀI DA Ở NGƯỜI DÂN TẠI MỘT SỐ XÃ MIỀN NÚI TỈNH THÁI NGUYÊN

Nông Phúc Thắng*, Nguyễn Quý Thái*,
Đỗ Văn Hàm*, Trần Thế Hoàng*, Phạm Thị Thùy*

TÓM TẮT

Hiện nay, bệnh ký sinh trùng đường ruột và bệnh ký sinh trùng ở ngoài da là một vấn đề y tế cộng đồng nghiêm trọng ở hầu hết các nước trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Huyện Phú Lương và huyện Đại Từ là những huyện nằm ở phía Bắc và Tây Bắc tỉnh Thái Nguyên, nhân dân chủ yếu sống bằng nghề nông nghiệp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng một số bệnh ký sinh trùng đường ruột và bệnh ngoài da ở người dân tại một số xã miền núi tỉnh Thái Nguyên. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy Tỉ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột tại xã Phúc Lương, Phú Lý, Hợp Thành là 25,1%, 24,8% và 25,2%. Trong đó nhiễm giun đũa chiếm cao nhất 64,6%. Tỉ lệ mắc bệnh ngoài da tại xã Phúc Lương, Phú Lý và Hợp Thành là 64,5%, 64,9% và 65,2%. Trong đó, sẩn ngứa mề đay chiếm cao nhất 30,9%.

Từ khóa: ký sinh trùng đường ruột, ký sinh trùng ở ngoài da, sẩn ngứa

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF SOME DIETARY DISEASES AND SKIN DISEASES IN PEOPLE IN SOME COMMUNITIES IN THAI NGUYEN PROVINCE

Currently, intestinal parasites and skin parasites are a serious public health problem in most countries of the world, especially in developing countries. Phu Luong and Dai Tu districts are located in the North and Northwest of Thai Nguyen province, people mainly live on agriculture. We conducted this study to: Assess the situation of some parasitic diseases. intestinal infections and skin diseases in people in some mountainous communes of Thai Nguyen province. Method of cross-sectional description. The results showed that the rate of intestinal parasite infection in Phu Luong, Phu Ly and Hop Thanh communes was 25.1%, 24.8% and 25.2%. In which, roundworm infection accounts for the highest, 64.6%. The incidence of skin diseases in Phu Luong, Phu Ly and Hop Thanh communes is 64.5%, 64.9% and 65.2%. In particular, urticarial papules accounted for the highest 30.9%.

Key words: intestinal parasites, ectoparasites, itchy papules

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nông Phúc Thắng
Email: Drthangydt@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020
Ngày duyệt bài: 28.2.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh ký sinh trùng đường ruột thường là nguy cơ làm gia tăng hoặc tăng các biến chứng của nhiều bệnh khác như: thiếu máu, thiếu vi chất, suy dinh dưỡng, gây bệnh ở gan mật, phổi, ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất và tinh thần cho người bệnh, đặc biệt ở trẻ em và phụ nữ có thai. Đây là một thực trạng đáng lo ngại, nguy cơ đe dọa sức khỏe cộng đồng, một phần không nhỏ tác động đến sự phát triển giống nòi và là gánh nặng bệnh tật của cộng đồng.

Bệnh ký sinh trùng ở ngoài da (đặc biệt bệnh nấm da) cũng là một vấn đề y tế cộng đồng nghiêm trọng ở hầu hết các nước trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Việt Nam nằm trong vùng nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm, cùng với sự ô nhiễm môi trường gia tăng là điều kiện thuận lợi để bệnh ký sinh trùng ngoài da tiến triển nhanh. Các bệnh ngoài da thường gặp như viêm da dị ứng, viêm nang lông, nhiễm nấm, viêm da do virus.....Bộ Y tế đã tiến hành nghiên cứu mô hình bệnh tật ở lứa tuổi thanh niên tại 16 tỉnh vùng đồng bằng và trung du miền Bắc, kết quả cho thấy bệnh ngoài da đứng hàng thứ 2 và chiếm tỷ lệ 5,68% trong số các bệnh chuyên khoa. Nếu lấy tỷ lệ này ước tính cho tất cả các lứa tuổi thì có khoảng 12% dân số Việt Nam mắc bệnh ngoài da.

Trong sản xuất nông nghiệp, người dân phải tiếp xúc với phân bón hữu cơ, phân bón hoá học, các hóa chất độc, trong tình trạng thiếu trang thiết bị bảo hộ lao động... nên cơ hội lây nhiễm bệnh là rất cao. Mặt khác việc điều trị bệnh nấm da hiện nay đối với những đối tượng làm nghề nông là rất khó khăn do không tuân thủ đúng quy định điều trị, dùng thuốc không đúng phác đồ dẫn tới tổn thương do nấm lây lan khắp các vùng trên cơ thể, có thể gây bội nhiễm vi khuẩn, chàm hóa.... Bệnh có thể kéo dài mãn tính, không thể khỏi dứt điểm, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống, làm suy giảm nghiêm trọng hiệu suất lao động, công việc canh tác của người dân.

Huyện Phú Lương và huyện Đại Từ là những huyện nằm ở phía Bắc và Tây Bắc tỉnh Thái Nguyên, nhân dân chủ yếu sống bằng nghề nông nghiệp (có thể chiếm đến 90%). Tại đây đời sống kinh tế còn nhiều khó khăn, có nhiều người dân tộc ít người sinh sống và chưa có nghiên cứu nào khảo sát tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng, bệnh ngoài da ở cộng đồng dân cư sống ở nơi đây. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá thực trạng một số bệnh ký sinh trùng đường ruột và bệnh ngoài da ở người dân*

tại một số xã miền núi tỉnh Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người dân tại 02 xã Hợp Thành, Phú Lý, huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên và xã Phúc Lương huyện Đại Từ, vì đây là các xã vùng cao miền núi khó khăn của tỉnh Thái Nguyên, dân tộc ít người chiếm đa số và chưa có nghiên cứu đầy đủ về tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột và bệnh ngoài da chủ yếu của nhóm người lao động nông nghiệp

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Thời gian thực hiện nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 7 năm 2018.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Phú Lương, Đại Từ tỉnh Thái Nguyên, Bộ môn Ký sinh trùng Đại học Y Dược Thái Nguyên.

2.2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy (tra từ bảng z: với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=5\%$ thì $z_{1-\alpha/2} = 1,96$).

$p = 0,3$: Dựa vào một nghiên cứu trước đó của Nguyễn Quý Thái tỷ lệ nhiễm nấm da của lao động trong khu vực là 27,8%;

d: Độ chính xác mong muốn (lấy $d = 0,03$).

Thay vào công thức ta có $n = 897$ người trưởng thành, làm tròn thành 900 người, thực tế được 970 người. Chọn chủ đích 02 xã Hợp Thành, Phú Lý, huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên và xã Phúc Lương huyện Đại Từ, vì đây là các xã vùng cao miền núi khó khăn của tỉnh Thái Nguyên, dân tộc ít người chiếm đa số và chưa có nghiên cứu đầy đủ về tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột và bệnh ngoài da chủ yếu của nhóm người lao động nông nghiệp.

Trên cơ sở cỡ mẫu, chúng tôi làm tròn thành 900 người, như vậy mỗi xã chọn 300 người. Bước đầu, chúng tôi lập danh sách toàn bộ người trưởng thành của mỗi xã. Từ danh sách trên chúng tôi sẽ chọn ra 300 người/ xã bằng phương pháp chọn mẫu hệ thống.

2.2.5. Các nhóm chỉ số nghiên cứu

- Các chỉ số về thông tin đối với đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ mắc một số bệnh ngoài da

- Tỷ lệ mắc một số bệnh ký sinh trùng đường ruột

2.2.6. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS20.0

2.2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$) 46,34 $\pm$ 15,1, nam là 368 chiếm 37,9%, nữ là 602 chiếm 62,1%.

3.1. Đặc điểm nhiễm giun đường ruột và bệnh ngoài da

Bảng 3.1. Đặc điểm nhiễm giun đường ruột và bệnh ngoài da

Xã	KST	Có		Không		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Phúc Lương		90	25,1	268	74,9	358	100,0
Phủ Lý		75	24,8	227	75,2	302	100,0
Hợp Thành		78	25,2	232	74,8	310	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột tại xã Phúc Lương là 25,1%; xã Phủ Lý là 24,8% và xã Hợp Thành là 25,2%.

3.2. Tỷ lệ nhiễm các loại giun đường ruột

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm các loại giun đường ruột

Loại KST	SL	%
Giun móc	70	28,8
Giun tóc	16	6,6
Giun đũa	227	64,6
Tổng	243	100,0

Nhận xét: Trong các loại giun ký sinh đường ruột, tỷ lệ nhiễm giun đũa chiếm cao nhất 64,6%. Tiếp đó là nhiễm giun móc chiếm 28,8% và giun tóc chiếm 6,6%.

3.3. Đặc điểm bệnh ngoài da tại xã nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm bệnh ngoài da tại xã nghiên cứu

Xã	KST	Có		Không		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Phúc Lương		231	64,5	127	35,5	358	100,0
Phủ Lý		196	64,9	106	35,1	302	100,0
Hợp Thành		202	65,2	108	34,8	310	100,0
Tổng		629	25,1	727	74,9	970	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da tại xã Phúc Lương là 64,5%; xã Phủ Lý là 64,9% và xã Hợp Thành là 65,2%.

3.4. Tỷ lệ các loại bệnh ngoài da ở các xã nghiên cứu

Bảng 3.4. Tỷ lệ các loại bệnh ngoài da ở các xã nghiên cứu

Bệnh ngoài da	SL	%
Viêm da cơ địa	124	19,7
Viêm da dị ứng	12	1,9
Viêm da tiếp xúc	54	8,6
Viêm nang lông, tuyến bã	26	4,1
Nấm da	80	12,7
Nấm móng	72	11,5
Nấm kẽ	59	9,4
Nấm tóc	8	1,2
Sẩn ngứa, mề đay	195	30,9
Tổng	629	100,0

Nhận xét: Trong các loại bệnh ngoài da, tỷ lệ sẩn ngứa mề đay chiếm cao nhất 30,9%. Tiếp đến là viêm da cơ địa 19,7%; nấm da 12,7% và nấm móng 11,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột tại xã Phúc Lương là 25,1%; xã Phủ Lý là 24,8% và xã Hợp Thành là 25,2%. Tỷ lệ nhiễm giun đường ruột chung tại 3 xã nghiên cứu là 25,1%. Kết quả của

chúng tôi cũng tương đối phù hợp với kết quả điều tra mới nhất của Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Trung ương (NIMPE) về tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ 12-24 tháng tuổi tại Điện Biên là 32,6% (137/419) và tại Yên Bái là 19% (83/432); ở học sinh các trường tiểu học từ lớp 1 đến lớp 5 tại một số tỉnh phía Bắc như Cao Bằng, Thái Nguyên, Thanh Hóa và Hà Nam có tỷ lệ nhiễm chung từ 5 - 19,4%. Kết quả điều tra của Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Quy Nhơn (IMPE Quy Nhơn) thấy tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại Phú Yên có tỷ lệ nhiễm giun từ 21 - 26%; tỷ lệ nhiễm trứng giun trên rau là 32,8% [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: trong các loại giun ký sinh đường ruột, tỷ lệ nhiễm giun đũa chiếm cao nhất 64,6%. Tiếp đó là nhiễm giun móc chiếm 28,8% và giun tóc chiếm 6,6%. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước khi cho tỷ lệ nhiễm giun đũa chiếm cao nhất. Theo các số liệu thống kê của Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Trung ương (NIMPE,) tỷ lệ nhiễm các bệnh giun sán ở nước ta rất cao, trong đó 60-70% số

dân nhiễm giun đũa, 55% nhiễm giun tóc và 35% nhiễm giun móc. Cao Bá Lợi, Cấn Thị Cúc, và cs (2005), điều tra về nhiễm giun đường ruột ở học sinh tiểu học xã Quảng Lạc, Mai Pha, Chi Lăng Lạng Sơn cho kết quả tỷ lệ nhiễm giun chung tại Lạng Sơn là 59,1%, trong đó giun đũa chiếm 51,2%, giun móc 35,2%, và giun tóc là 21,4%. Lương Văn Định, Nguyễn Võ Hình và cs (2006), điều tra tình hình nhiễm giun huyện A Lưới cho thấy tỷ lệ nhiễm giun chung trẻ từ 2 – 15 tuổi thuộc huyện A Lưới là 64,41%, trong đó nhiễm giun đũa là 54,24%, nhiễm giun tóc 16,27%, và giun móc/mỏ là 25,08% [3]. Tại Thái Nguyên, năm 2004, Bùi Văn Hoan và cs nghiên cứu trên 300 trẻ từ 7-10 tuổi tỷ lệ nhiễm giun chung là 86,2% trong đó giun đũa là 83,6%, giun tóc 20,6% và giun móc 3,9%. Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh xét nghiệm phân tìm trứng giun cho học sinh 6 trường tiểu học tại Võ Nhai thấy: tỷ lệ nhiễm giun đũa 67,5%, giun tóc 14% và giun móc là 9,5%. Nguyễn Đức Ngân và cs xét nghiệm phân bằng phương pháp Willis cho 173 người dân tộc dao xã Hợp Tiến thấy: tỷ lệ nhiễm giun đũa 23,6%, giun tóc 9,8% và giun móc 35,8%; cũng bằng phương pháp trên tác giả Nguyễn Đức Ngân và CS nghiên cứu tại 3 nhà trẻ gồm 675 học sinh cho kết quả nhiễm giun đũa 60 – 80%, giun tóc 10 – 15% và giun móc khoảng 1%.

Đối với bệnh ngoài da: Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da tại xã Phúc Lương là 64,5%; xã Phú Lý là 64,9% và xã Hợp Thành là 65,2%. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da chung tại 3 xã nghiên cứu là 64,8%. Bệnh ngoài da (đặc biệt bệnh nấm da) cũng là một vấn đề y tế cộng đồng nghiêm trọng ở hầu hết các nước trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Việt Nam nằm trong vùng nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm, cùng với sự ô nhiễm môi trường gia tăng là điều kiện thuận lợi để bệnh ký sinh trùng ngoài da tiến triển nhanh. Các bệnh ngoài da thường gặp như viêm da dị ứng, viêm nang lông, nhiễm nấm, viêm da do virus... Bộ Y tế đã tiến hành nghiên cứu mô hình bệnh tật ở lứa tuổi thanh niên tại 16 tỉnh vùng đồng bằng và trung du miền Bắc, kết quả cho thấy bệnh ngoài da đứng hàng thứ 2 và chiếm tỷ lệ 5,68% trong số các bệnh chuyên khoa. Nếu lấy tỷ lệ này ước tính cho tất cả các lứa tuổi thì có khoảng 12% dân số Việt Nam mắc bệnh ngoài da.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trong các loại bệnh ngoài da, tỉ lệ sẩn ngứa mề đay chiếm cao nhất 30,9%. Tiếp đến là viêm da cơ địa 19,7%; nấm da 12,7% và nấm móng 11,5%. Việt Nam là nước nằm trong vùng có khí hậu nhiệt đới nóng, độ ẩm cao rất thuận lợi cho các

loại nấm da phát triển, vì vậy bệnh nấm da là bệnh phổ biến và có tỷ lệ lưu hành cao. Bệnh nấm da chiếm tỷ lệ khá quan trọng trong các bệnh ngoài da. Các bệnh nấm thường gặp chủ yếu là: nấm ben, lang ben, vẩy rồng... So sánh với nghiên cứu của Dương Văn Khiêm, Trịnh Trọng Phụng (1999) khám bệnh da ở 2 đơn vị bộ đội thấy tỷ lệ mắc bệnh nấm da là 19,64% và 24,16%, chiếm phần lớn trong các bệnh về da (42% và 50%). Lê Trần Anh (2001) cho biết tỷ lệ hiện mắc bệnh ngoài da ở một số đơn vị bộ đội là 10%, trong đó gặp chủ yếu là nấm da (57,67%) và lang ben (10,9%) [1]. Tại các đơn vị khác cũng được tác giả thông báo về tỷ lệ mắc bệnh nấm da là 8,24%, chiếm 58,24% trong số các bệnh da. Kết quả điều tra bệnh da ở nhiều địa phương thuộc khu vực miền núi phía bắc của nhiều tác giả cũng cho thấy tỷ lệ lưu hành bệnh nấm da tương đối cao (10%-35%) và chiếm tỷ lệ trên 40% – 70% các bệnh lý về da. Những điều tra của một số tác giả về bệnh da ở cộng đồng dân cư thuộc khu vực miền núi phía Bắc trong thời gian gần đây đều nhận xét: có thể do các thói quen về vệ sinh, tập quán sinh hoạt còn lạc hậu, điều kiện lao động canh tác nông nghiệp, vệ sinh môi trường kém đã góp phần ảnh hưởng tới tỷ lệ bệnh nấm da chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh ngoài da ở khu vực này (47%-70%). Nghiên cứu của Đỗ Hàm (2001) cũng giải thích về nguyên nhân dẫn tới tỷ lệ bệnh nấm da rất cao (69,3%) ở đồng bào dân tộc Sán Chỉ (một xã của tỉnh Thái Nguyên) có thể là do vi khí hậu nhà của các hộ dân rất bất lợi (nhiệt độ và độ ẩm cao, gió quẩn). Nghiên cứu năm 2001 của Nguyễn Quý Thái thì tỷ lệ nhiễm nấm da ở công nhân khai thác ở 4 mỏ than tại Thái Nguyên rất cao, tới 22,4%. Trong đó có bệnh nấm lang ben gặp phổ biến nhất 63,4%. Tỷ lệ bệnh nấm da ở nam cao hơn nữ, nhất là bệnh lang ben và nấm kẽ chân [4].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột tại xã Phúc Lương, Phú Lý, Hợp Thành là 25,1%, 24,8% và 25,2%. Trong đó nhiễm giun đũa chiếm cao nhất 64,6%.

- Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da tại xã Phúc Lương, Phú Lý và Hợp Thành là 64,5%, 64,9% và 65,2%. Trong đó, sẩn ngứa mề đay chiếm cao nhất 30,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trần Anh (2001), Nghiên cứu của một số yếu tố môi trường miễn dịch và sinh lý da ảnh hưởng đến bệnh nấm da trong quân đội. Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện quân y, Hà Nội. tr. 61-62.

2. **Cao Bá Lợi, Tạ Thị Tĩnh, Cấn Thị Cúc,** Nguyễn Thanh Hải và Dương Thị Hồng (2007), "Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và nhiễm giun đường ruột ở học sinh (6 – 14 tuổi) ở ba trường tiểu học xã Quảng Lạc, Mai Pha, Chi Lăng tại thành phố Lạng Sơn năm 2005", Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, (1), trang 77 – 82.
3. **Nguyễn Võ Hình, Bùi Thị Lộc, Lương Văn Định (2005),** "Tình hình nhiễm giun đường ruột ở trẻ em và vấn đề sử dụng nhà vệ sinh, nguồn nước sinh hoạt tại huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế năm 2004-2005", Công trình nghiên cứu khoa học, báo

cáo tại Hội nghị khoa học toàn quốc, chuyên ngành sốt rét-ký sinh trùng-côn trùng giai đoạn 2001-2005, Tập II, Viện SR-h

4. **Nguyễn Quý Thái (2001),** "Tình hình bệnh nấm da và mối liên quan với môi trường lao động của công nhân tại một số mỏ than – Thái Nguyên", Nội san Da liễu, (1), tr. 27-32.
5. **Triệu Nguyên Trung, Nguyễn Văn Chương và Hồ Văn Hoàng (2015),** Các bệnh giun sán ký sinh đường ruột ở Việt Nam và hoạt động phòng chống, <http://www.impe-qn.org.vn/impe-qn/vn/portal/InfoDetail.jsp>.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỬA CHỮA TOÀN BỘ KÊNH NHỈ THẤT TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Kiên Hào¹, Nguyễn Thị Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh kênh nhĩ thất toàn phần là một dị tật tim bẩm sinh phức tạp đặc trưng bởi thiếu vách liên nhĩ tiên phát, một van nhĩ thất chung và sự khiếm khuyết của vách liên thất. Van nhĩ thất bên trái và van nhĩ thất bên phải không có sự phân chia rõ ràng. Việc điều trị bệnh kênh nhĩ thất toàn phần đã phát triển trong những thập kỷ gần đây, nhưng vẫn còn nhiều thách thức. Nghiên cứu hồi cứu này đánh giá kết quả sớm và lâu dài sau phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Trung Ương Huế. **Phương pháp:** Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu kết quả của 52 bệnh nhân bị kênh nhĩ thất toàn phần được phẫu thuật sửa chữa từ tháng 01/2017 đến 12/2019. Tất cả bệnh nhân này được sửa chữa tim bằng phương pháp một miếng vá hoặc phương pháp hai miếng vá. Thời gian theo dõi: 3, 6, 12 và 18 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình phẫu thuật là $4,12 \pm 0,26$ tháng (2 tháng – 3 tuổi). Hội chứng Down chiếm tỉ lệ 76,9%. Sau phẫu thuật, van nhĩ thất cho thấy sự cải thiện rõ rệt, áp lực động mạch phổi có xu hướng giảm khi so sánh trước phẫu thuật. Hai trường hợp rối loạn nhịp bloc nhĩ thất cấp ba cần đặt máy tạo nhịp (3,8%). Có một bệnh nhân tử vong (1,9%). **Kết luận:** Chẩn đoán đúng và phẫu thuật sửa chữa sớm sẽ cho kết quả tốt.

Từ khóa: Kênh nhĩ thất toàn phần, phẫu thuật sửa chữa toàn bộ, kết quả

SUMMARY

OUTCOME OF REPAIR OF COMPLETE ATRIOVENTRICULAR SEPTAL DEFECT IN HUE CENTRAL HOSPITAL

¹Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiên Hào

Email: trankiemhaobvh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

Background: Complete atrioventricular septal defect is a complex cardiac malformation characterised by an ostium primum atrial septal defect, a common atrioventricular valve and a variable deficiency of the ventricular septum inflow. The left AV valve and right AV valve have no clear division. The treatment of complete atrioventricular septal defects has evolved in recent decades, but it remains challenging. This retrospective study evaluated early and late outcomes in patients undergoing surgery at a single heart centre. **Methods:** We retrospectively evaluated outcomes in 52 complete atrioventricular septal defect patients undergoing definitive repair from January 2017 to December 2019. All patients were repaired with either the classic one-patch technique or the two-patch technique. **Results:** The mean age at operation was 4.12 ± 0.26 months (2 months – 3 years). Forty cases (76.9%) included Down syndrome. After the operation, the atrioventricular valve showed marked improvement, and pulmonary artery pressure tended to decrease when compared with preoperative and postoperative levels. Arrhythmias in two cases with 3rd-degree AV block required permanent pacing (3.8%). Early mortality was observed in 1/52 (1.9%) patients. **Conclusions:** Good diagnosis and surgery at the appropriate time resulted in good outcomes. The surgical repair of complete atrioventricular septal defects demonstrated good results.

Keywords: Complete atrioventricular septal defect (AVSD), repair, outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh kênh nhĩ thất toàn phần là một khiếm khuyết tim bẩm sinh phức tạp đặc trưng bởi thiếu vách liên nhĩ tiên phát, khuyết vách liên thất và tổn thương nặng van nhĩ thất. Van nhĩ thất trái và phải không có sự phân chia rõ ràng. Phẫu thuật tim sớm cho bệnh nhân bị kênh nhĩ thất là phương pháp điều trị được yêu thích. Xu hướng này đã làm giảm tỉ lệ tử vong sau phẫu

thuật [1]. Trong thời gian gần đây, phẫu thuật điều trị kênh nhĩ thất toàn phần đã phát triển, nhưng kỹ thuật này vẫn còn làm một thách thức đối với các bác sỹ phẫu thuật tim [6]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm và muộn sau phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn kênh nhĩ thất toàn phần tại Bệnh viện Trung Ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 52 bệnh nhân phẫu thuật sửa chữa tim bẩm sinh kênh nhĩ thất toàn phần được lựa chọn vào nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2019 tại Trung tâm Nhi - Bệnh viện Trung ương Huế. Bệnh nhân kênh nhĩ thất toàn phần có một thất duy nhất sẽ bị loại bỏ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu.

Các biến số nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim trước và sau phẫu thuật, thời gian điều trị hồi sức, thời gian nằm viện. Thu thập các biến số dựa vào hồ sơ lưu trữ và theo dõi tái khám sau 3, 6, 12 và 18 tháng.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS version 22 (IBM Corp., NY, USA). Giá trị $P < 0.05$ cho kết quả có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của 52 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Tỷ lệ nam/nữ là 24/28. Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $4,12 \pm 0,26$ tháng (từ 2 tháng đến 3 tuổi). Phần lớn bệnh nhân (80.8%) dưới 6 tháng tuổi. Hội chứng Down được tìm thấy ở 40 (76,9%) bệnh nhân. Bệnh nhân kênh nhĩ thất toàn phần thường có tồn tại ống động mạch (73,1%) và khuyết vách liên nhĩ thứ phát (46,2%). Mức độ trào ngược van nhĩ thất trước khi phẫu thuật là từ vừa đến nặng. Hầu hết bệnh nhân có biến chứng tăng áp động mạch phổi (96,2%), trong đó có 35 bệnh nhân có biến chứng tăng áp phổi nặng > 60 mmHg (67,3%). Các bệnh nhân chủ yếu nhập viện vì kênh nhĩ thất toàn phần type A (76.9%).

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ	Kết quả (n=52)
Nam, n (%)	24 (46,2)
Hội chứng Down 21, n (%)	40 (76,9%)
Tuổi (trung bình)	
Trung bình (tháng)	$4,12 \pm 0,26$
Tuổi nhỏ nhất, lớn nhất	2 tháng – 3 tuổi

Phân loại Rastelli n (%)	
Type A	40 (76,9)
Type B	11 (21,2)
Type C	1 (1,9)
Bệnh tim bẩm sinh khác, n (%)	
Thông liên nhĩ thứ phát	24 (46,2)
Tồn tại ống động mạch	38 (73,1)
Hẹp eo động mạch chủ	5 (9,6)
Hẹp động mạch phổi	3 (5,8)
Tứ chứng fallot	1 (1,9)
Bất thường trở về tĩnh mạch phổi	2 (3,8)
Mức độ trào ngược van, n (%)	
$<2/4$	9 (17,3)
2-3/4	38 (73,1)
$>3/4$	5 (9,6)
Áp lực động mạch phổi, n (%)	
<30 mmHg	2 (3,8)
30-60 mmHg	15 (28,9)
>60 mmHg	35 (67,3)

Kết quả phẫu thuật được trình bày ở bảng 2. Sau phẫu thuật, tình trạng trào ngược của các van được cải thiện đáng kể, với tình trạng trào ngược nhẹ của van nhĩ-thất trái (92.3%) và van nhĩ – thất phải (96.2%). Không có bệnh nhân nào có tình trạng trào ngược van nặng kể. Bệnh nhân sau phẫu thuật không có tăng áp phổi (92.3%). Có 4 bệnh nhân còn tăng áp phổi vừa, tất cả bệnh nhân này đều lớn tuổi, do đó thời gian tăng áp phổi sẽ lâu hơn. Có 2 bệnh nhân (3.8%) bị bloc nhĩ – thất cấp 3. Một bệnh nhân (1.9%) tử vong sau phẫu thuật. Thời gian điều trị hồi sức và thời gian nằm viện ngắn.

Bảng 2: Kết quả sau phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Giá trị (n=52)
Mức độ trào ngược van, n (%)	
$<2/4$	48 (92,3)
2-3/4	4 (7,7)
$>3/4$	0 (0,0)
Van AV phải	
$<2/4$	50 (96,2)
2-3/4	2 (3,8)
$>3/4$	0 (0,0)
Áp lực động mạch phổi, n (%)	
<30 mmHg	48 (92,3)
30-60 mmHg	4 (7,7)
>60 mmHg	0 (0,0)
Biến chứng sau mổ, n (%)	
Bloc AV cấp 3	2 (3,8)
Tử vong	1 (1,9)
Thời gian ở lại khoa hồi sức (ngày)	$14,3 \pm 3,7$
Thời gian nhập viện (ngày)	$21,4 \pm 8,5$

51 bệnh nhi được tái khám và có biểu hiện kết quả phẫu thuật tốt, không có tăng áp phổi, và sự trào ngược của van nhĩ-thất chỉ biểu hiện mức độ nhẹ. Chỉ có một bệnh nhân có sự trào ngược van nhĩ – thất mức độ vừa cần phải được theo dõi (Bảng 3).

Bảng 3: Tái khám sau 3, 6, 12 và 18 tháng

Theo dõi	3 tháng	6 tháng	12 tháng	18 tháng
Trào ngược van AV trái				
<2/4	48	48	49	49
2-3/4	3	3	2	2
>3/4	0	0	0	0
Trào ngược van AV phải				
<2/4	50	50	51	51
2-3/4	1	1	0	0
>3/4	0	0	0	0
Áp lực động mạch phổi				
<30 mmHg	48	49	51	51
30-60 mmHg	3	2	0	0
>60 mmHg	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán kênh nhĩ thất toàn phần thường dựa vào kết quả của siêu âm tim. Siêu âm tim đặc biệt hiệu quả trong việc mô tả giải phẫu bệnh cũng như những bất thường đi kèm. Hiểu được giải phẫu và hình thái của bệnh kênh nhĩ thất toàn phần cùng với những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật sẽ giúp giảm tỉ lệ tử vong đáng kể sau mổ. Thời gian can thiệp phẫu thuật tốt nhất là vào 3 đến 6 tháng [7]. Phẫu thuật chậm trễ sẽ gia tăng các bệnh lý về đường hô hấp cũng như các bệnh lý về mạch máu phổi [5].

Xu hướng mổ sớm này sẽ làm giảm áp lực động mạch phổi, một trong những nguyên nhân chính của các bệnh lý đi kèm [7].

Ở bệnh viện của chúng tôi, phẫu thuật sớm giúp tránh tăng áp phổi sau phẫu thuật, và 4 bệnh nhân của chúng tôi trên 6 tháng sau mổ vẫn có tình trạng tăng áp phổi mức độ vừa, điều này nói lên sự cần thiết của việc mổ tim sớm trong kênh nhĩ thất toàn phần. Xơ hóa nội mạch có thể được tìm thấy ở bệnh nhân trên 6 tháng [4].

Ngoài ra, phẫu thuật sớm giúp duy trì chức năng của van nhĩ thất, và sửa chữa trong giai đoạn này là thuận tiện hơn do không có sự giãn của vòng van.

Trong phẫu thuật điều trị kênh nhĩ thất toàn phần nên tập trung đến việc thiếu mô van dẫn đến sự hạn chế di động van nhĩ thất [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ sự trào ngược

van cải thiện đáng kể, cho kết quả khả quan. Ở những nghiên cứu khác, kỹ thuật hai miếng và duy trì được cấu trúc van, giảm sự thiếu mô van, và giảm sự tiến triển trào ngược của van nhĩ thất [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn nhịp gây ra do bloc nhĩ – thất cấp 3, gặp ở 2 bệnh nhân chiếm tỉ lệ (3,8%), tỉ lệ này tương tự với các trung tâm khác trên thế giới.

Một bệnh nhân (1,9%) tử vong; những bệnh nhân nhỏ tuổi có thời gian hậu phẫu ngắn hơn cũng như tiên lượng tốt hơn. Điều này có lý do của nó vì bệnh nhân lớn tuổi thường có tăng áp phổi nặng và sự trào ngược van lớn do đó khó hồi phục hơn [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ trào ngược van được theo dõi đến 18 tháng và có sự cải thiện rất lớn. Không có bệnh nhân nào tử vong sau 18 tháng phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Kênh nhĩ thất toàn phần là một bệnh tim bẩm sinh phức tạp và thường hay gặp ở bệnh nhân Down. Phẫu thuật nên sớm trước 6 tháng tuổi để tránh tăng áp phổi. Cả hai phương pháp phẫu thuật một miếng vá và hai miếng vá đều đem lại kết quả tốt và tỉ lệ tử vong thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Fong LS, Betts K, Bell D, et al (2019), "Complete atrioventricular septal defect repair in Australia: Results over 25 years", J Thorac Cardiovasc Surg.
- 2 Michielon G, Stellin G, Rizzoli G, et al (1997), "Repair of complete common atrioventricular canal defects in patients younger than four months of age", Circulation, 96(9 Suppl), pp. II-316-22.
- 3 Najm HK, Coles JG, Endo M, et al (1997), "Complete atrioventricular septal defects: results of repair, risk factors, and freedom from reoperation", Circulation, 96(9 Suppl), pp. II-311-5.
- 4 Newfeld EA, Sher M, Paul MH, et al (1977), "Pulmonary vascular disease in complete atrioventricular canal defect", Am J Cardiol, 39(5), pp. 721-6.
- 5 Prifti E, Bonacchi M, Bernabei M, et al (2004), "Repair of complete atrioventricular septal defects in patients weighing less than 5 kg", Ann Thorac Surg, 77(5), pp. 1717-26.
- 6 Sena A, Sheytanov V, Liebrich M, et al (2019), "Twelve Years of Complete Atrioventricular Septal Defect Repair", Rev Port Cir Cardiorac Vasc, 26(3), pp. 187-193.
- 7 Suzuki T, Bove EL, Devaney EJ, et al (2008), "Results of definitive repair of complete atrioventricular septal defect in neonates and infants", Ann Thorac Surg, 86(2), pp. 596-602.

KHẢO SÁT TỶ LỆ HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ ĐỨNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Thân Hồng Anh*, Trương Đình Cẩm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng ở người cao tuổi có tăng huyết áp và mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên các bệnh nhân THA từ 60 tuổi trở lên đang điều trị tại phòng khám Khoa điều trị cán bộ cao cấp Quân đội, bệnh viện Quân y 175 từ 10/2015 đến 03/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng chung là 14,4%. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm hạ huyết áp tư thế là 39,3% thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không hạ huyết áp tư thế là 58,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Qua phân tích đơn biến thấy, khả năng kiểm soát huyết áp của những bệnh nhân THA có hạ huyết áp tư thế đứng chỉ bằng 0,456 lần so với nhóm bệnh nhân không bị hạ huyết áp tư thế đứng (OR=0,456; 95% CI=0,26–0,81; p=0,007). **Kết luận:** Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng là 14,4%. NCT có THA nếu bị hạ huyết áp tư thế đứng thì khả năng kiểm soát huyết áp thấp hơn những bệnh nhân không bị hạ huyết áp tư thế đứng (OR=0,456; 95% CI=0,26–0,81) với p=0,007.

Từ khóa: Tăng huyết áp, người cao tuổi, hạ huyết áp tư thế đứng.

SUMMARY

INVESTIGATE THE PREVALENCE OF ORTHOSTATIC HYPOTENSION AND RELATIONSHIP WITH BLOOD PRESSURE CONTROL IN THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

Objectives: Survey rate orthostatic hypotension in humans investments older have hypertension and moilien between blood pressure control and antihypertensive stance. Methods: Cross-sectional study was analyzed in hypertensive patients aged 60 and older who were receiving treatment at the Department of Advanced Military Personnel Department, Military Hospital 175 from October 2015 to March 2016. Results: Ratio posture hypotension was 14.4% overall. The control rate of blood pressure in the orthostatic hypotension group was 39.3% significantly lower than in the non-postural hypotension group 58.7%, this difference is statistically significant. Through univariate analysis found that the ability to control blood pressure in hypertensive patients with orthostatic hypotension with just 0.456 invest time compared with patients without hypotension stance (OR=0,456; 95% CI=0,26–0,81; p=0,007). Conclusions: The rate of orthostatic hypotension was 14.4%. Elderly people

with hypertension who suffer from orthostatic hypotension have a lower ability to control blood pressure than patients who do not suffer from orthostatic hypotension (OR=0,456; 95% CI=0,26 – 8,81) with p=0,007.

Keywords: Hypertension, elderly people, orthostatic hypotension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới, tăng huyết áp (THA) là nguyên nhân gây nên tỷ lệ tử vong cao nhất ở NCT. Năm 2005, THA gây tử vong của 7,1 triệu người, trong 17,5 triệu người tử vong do bệnh tim mạch. Số người THA ở người lớn ngày càng tăng. Theo số liệu năm 2001 là 16,3%; đến năm 2008 tỷ lệ đã tăng lên 25,1%, với ước tính cứ 4 người lớn thì có 1 người mắc THA. Việc kiểm soát huyết áp theo các khuyến cáo hiện hành là rất quan trọng. Việc đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp góp phần rất lớn hạn chế các biến chứng của tăng huyết áp. Tuy nhiên, việc kiểm soát huyết áp quá chặt có thể dẫn đến tình trạng hạ huyết áp tư thế.

Hạ huyết áp tư thế chiếm một tỷ lệ đáng kể ở những NCT có THA, và được cho là yếu tố nguy cơ độc lập cho té ngã, biến cố tim mạch, suy yếu và tử vong. Đây là một trong những rào cản trong kiểm soát huyết áp ở NCT. Không có khả năng kiểm soát huyết áp còn gặp những bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng kèm THA khi nằm. Ở những bệnh nhân này, có sự thay đổi huyết áp lớn và nhanh đến mức có thể gây ngất khi đứng và huyết áp rất cao khi nằm. THA khi nằm sẽ gây hậu quả nghiêm trọng như đầy thất trái và đột quy. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với mục tiêu “khảo sát tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng ở người cao tuổi có tăng huyết áp và mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Những bệnh nhân THA ≥ 60 tuổi đang điều trị THA ngoại trú từ 1 tháng trở lên tại phòng khám Khoa Điều trị cán bộ cao cấp Quân đội bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10/2015 đến tháng 3/2016.

Tiêu chuẩn chọn vào: bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện được các bác sĩ của bệnh viện kê đơn và hướng dẫn điều trị thời gian trên 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính (nhiễm trùng, đột quy cấp, nhồi

* Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

máu cơ tim cấp...); bệnh nhân không hợp tác (giảm thính lực, không hợp tác,...).

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích.

2.3. Biến số chính

Bệnh nhân được hỏi bệnh để xác định: tuổi, thời gian phát hiện THA, xác định yếu tố nguy cơ tim mạch, các thuốc huyết áp đang điều trị.

Đo chỉ số nhân trắc của bệnh nhân: chiều cao, cân nặng, tính BMI.

Đo huyết áp tại phòng khám khoa A1-BV 175.

Làm các xét nghiệm cận lâm sàng: nhóm mỡ, đường máu, định lượng Creatine huyết thanh, albumin niệu.

2.4. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

Kiểm soát huyết áp theo khuyến cáo của JNC 8

Kiểm soát huyết áp quá chặt: HA TT < 120 mm Hg và/hoặc HA TTr < 60 mm Hg.

Xác định hạ huyết áp tư thế đứng: HATT giảm ≥ 20 mmHg và/hoặc HATTTr giảm ≥ 10 mmHg.

Đái tháo đường: chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa kỳ 2009.

Bệnh thận mạn: chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDOQI – Hội thận học Hoa Kỳ 2002.

Rối loạn lipid máu: chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ESH/ESC 2013.

Chỉ số khối cơ thể (BMI): được tính theo công thức: BMI (kg/m²) = cân nặng (kg)/(chiều cao tính bằng m² và mã hóa thành 4 giá trị theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á trưởng thành theo đề nghị của WHO.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2015 đến tháng 8/2016, tại phòng khám Khoa điều trị cán bộ cao cấp quân đội - Bệnh viện 175, có 390 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 0.1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	385	98,7
	Nữ	5	1,3
Tuổi	60 - 69	213	54,6
	70 - 79	96	20,6
	≥ 80	81	20,8
Thời gian phát hiện THA	< 5 năm	64	16,4
	5 – 10 năm	156	40
	≥ 10 năm	170	43,6
Chỉ số khối cơ thể	Thiếu cân	5	1,3
	Bình thường	87	22,3
	Thừa cân	131	33,6
	Béo phì	167	42,8

Thuốc hạ áp	Lợi tiểu	43	11
	Ức chế men chuyển	258	66,2
	Ức chế thụ thể	95	24,4
	Ức chế Canxi	172	44,1
	Ức chế beta	99	25,4
	Thuốc khác	2	0,6

Nhận xét: Trong số 390 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 385 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 98,7%, có tuổi trung bình của bệnh nhân là $70,3 \pm 8,7$. Thời gian phát hiện THA trung bình là $11,3 \pm 7$ năm. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế men chuyển chiếm tỷ lệ 66,2%, rồi đến nhóm ức chế canxi chiếm tỷ lệ 44,1%.

3.2. Đặc điểm hạ huyết áp tư thế đứng và mối liên quan

Bảng 3.2: Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng

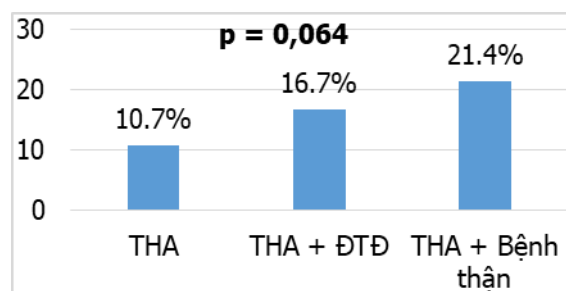
Hạ huyết áp tư thế đứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hạ HA tư thế sau đứng 1 phút	18	4,6
Hạ huyết áp tư thế sau đứng 3 phút	23	6
Hạ huyết áp tư thế sau đứng 1 và 3 phút	15	3,8
Chung	56	14,4

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng chung là 14,4%

Bảng 3.3: Tình trạng triệu chứng của hạ huyết áp tư thế đứng

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	29	51,8
Không	27	48,2

Nhận xét: Trên 50% bệnh nhân hạ huyết áp tư thế đứng có các triệu chứng thường gặp như đầu đau chóng mặt khi thay đổi tư thế và không gặp triệu chứng gì, xui trong nghiên cứu này.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng ở các nhóm bệnh nhân

Ở nhóm bệnh nhân THA kèm bệnh thận mạn và đái tháo đường tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng cao hơn nhóm bệnh nhân THA không có đái tháo đường và bệnh thận mạn với tỷ lệ là 21,4% và 16,7% so với 10,7%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,064$.

Bảng 3.4: *Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng*

Hạ huyết áp tư thế đứng	Kiểm soát huyết áp		OR	95% CI	P
	Có (n,%)	Không(n, %)			
Có	22 (39,3)	34 (60,7)	0,456	0,26 – 0,81	0,007
Không	196 (58,7)	138 (41,3)			

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm hạ huyết áp tư thế là 39,3% thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không hạ huyết áp tư thế là 58,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Qua phân tích đơn biến thấy, khả năng kiểm soát huyết áp của những bệnh nhân THA có hạ huyết áp tư thế đứng chỉ bằng 0,456 lần so với nhóm bệnh nhân không bị hạ huyết áp tư thế đứng (OR = 0,456; 95% CI = 0,26 – 0,81; p=0,007).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong 390 bệnh nhân cao tuổi có THA được đưa vào nghiên cứu có 98,7% là bệnh nhân nam, tỷ lệ giới tính khác với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước do đặc điểm cán bộ hưu trí cao cấp quân đội. Thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế men chuyển và ức chế canxi với tỷ lệ lần lượt là 66,2% và 44,1%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí tỷ lệ đó lần lượt là 56,9% và 44,9%; nghiên cứu của Trần Công Duy tỷ lệ đó là 58% và 53,7%. Việc sử dụng các nhóm thuốc hạ áp còn phụ thuộc vào các bệnh lý kết hợp. Nếu các bệnh phối hợp là bệnh mạch vành, suy tim, ĐTD và BTM thì ưu tiên lựa chọn trong điều trị THA là nhóm ức chế men hoặc ức chế thụ thể [2].

4.2. Đặc điểm hạ huyết áp tư thế. Trong mẫu nghiên cứu, có 14,4% bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng, trong đó 4,6% hạ huyết áp tư thế sau khi đứng 1 phút, 6% hạ huyết áp tư thế sau khi đứng 3 phút và 3,8% hạ huyết áp tư thế sau đứng 1 phút đến 3 phút. Trong số những bệnh nhân hạ huyết áp tư thế chỉ có 51,8% bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như: đau đầu chóng mặt, choáng váng và không có trường hợp nào ngất hay xỉu. Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng ở NCT tại cộng đồng tỉnh Bến Tre trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí là 12,5% và trong nhóm có THA là 16,4%, có 59,5% bệnh nhân có các triệu chứng đi kèm. Tác giả cũng nhận xét có mối liên quan giữa THA và hạ huyết áp tư thế đứng [2]. Một nghiên cứu khác của Vũ Mai Hương cho thấy tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng tại cộng đồng NCT ở Hòa Bình là 21,1%, tại Viện Lão khoa Trung Ương là 39,6% và khoảng 70% bệnh nhân có các triệu chứng: hoa mắt, chóng mặt và tối sầm. Tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng ở NCT có THA là 35,6%[3]. Nghiên cứu của Phạm Thăng năm 2003 thì nhận thấy tỷ lệ này là 22,8%[1]. Như vậy, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng ở NCT có THA trong các nghiên cứu trong nước khoảng từ 16% đến 35%.

Trên thế giới tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng

gặp khoảng từ 5% đến 30% tại cộng đồng NCT. Ở NCT có THA, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế trong nghiên cứu SHEP là 17,3%; hay trong nghiên cứu HYVET ở những bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên là 8,3%[5]. Một nghiên cứu của Valbusa ở những bệnh nhân cao tuổi tại các nhà dưỡng lão có THA phát hiện tỷ lệ này là 18%[8]. Nghiên cứu của Barochiner J và cộng sự trên những bệnh nhân THA đang điều trị nhận thấy, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở nhóm người dưới 65 tuổi là 3,6%; từ 65 đến 79 tuổi là 12,2% và từ 80 tuổi trở lên là 16,7%[4]. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu trên thế giới và thấp hơn so với các nghiên cứu tại Việt Nam.

Hạ huyết áp tư thế đứng tăng dần theo tuổi đặc biệt hay gặp ở những NCT có các bệnh lý đi kèm như: THA, đái tháo đường, xơ cứng rải rác, suy thận mạn, bệnh gan mạn, bệnh đa dây thần kinh thoái hóa myelin do bị rối loạn hệ thần kinh tự chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạ huyết áp tư thế trong nhóm THA không có đái tháo đường và bệnh thận mạn chỉ chiếm 10,7%, nhưng tỷ lệ này tăng lên 16,7% ở nhóm có đái tháo đường và 21,4% ở nhóm có bệnh thận mạn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Trong nghiên cứu của Vũ Mai Hương tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở NCT có đái tháo đường theo là 62,5%[3].

Hạ huyết áp tư thế đứng được cho là yếu tố nguy cơ độc lập cho té ngã, các biến cố tim mạch, suy yếu và tử vong đối với NCT. Theo nhận định của Fedorowski, khi hạ huyết áp tư thế đứng tâm thu tăng khả năng gây đột quỵ còn hạ huyết áp tư thế đứng tâm trương thì tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim có ý nghĩa thống kê[6]. Chỉ có khoảng 50% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nên việc tầm soát, điều trị và có các chương trình giáo dục là việc làm hết sức cần thiết đối với NCT và các bác sỹ lão khoa.

4.3. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm

soát huyết áp ở nhóm hạ huyết áp tư thế đứng chỉ có 39,3% thấp hơn nhiều so với nhóm không hạ huyết áp tư thế là 58,7%. Qua phân tích đơn biến, khả năng kiểm soát huyết áp của nhóm hạ huyết áp tư thế chỉ bằng 0,456 lần so với nhóm không bị hạ huyết áp tư thế đứng với $p=0,007$. Như vậy hạ huyết áp tư thế đứng là một rào cản đối với việc kiểm soát tốt huyết áp ở NCT.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của Shen SS và cộng sự khi nghiên cứu mối liên quan giữa việc không kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng với việc đứng thẳng bằng của bệnh nhân cao tuổi có THA nhận thấy, tỷ lệ không kiểm soát của nhóm hạ huyết áp tư thế là 63,9% cao hơn đáng kể so với nhóm không hạ huyết áp tư thế là 27,9% với $p<0,001$ [7].

Valbusa trong nghiên cứu về NCT của mình cũng cho rằng hạ huyết áp tư thế xảy ra thường xuyên hơn ở nhóm bệnh nhân có huyết áp không được kiểm soát [8]. Tác giả cho rằng, bệnh nhân không kiểm soát được huyết áp thường có tình trạng lợi tiểu về đêm do huyết áp cao dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn và làm trầm trọng hơn tình trạng hạ huyết áp tư thế đứng.

Đối với NCT có THA, hạ huyết áp tư thế thường khiến người bệnh tự dừng uống thuốc hạ huyết áp để hạn chế cơn hạ huyết áp tư thế, giảm chóng mặt và té ngã. Mặt khác các thầy thuốc cũng được khuyến cáo dùng thuốc nên điều chỉnh phù hợp với mức huyết áp thấp và đây có lẽ là các lý do khiến cho kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng khó khăn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 390 bệnh nhân cao tuổi có THA điều trị tại phòng khám Khoa Điều trị cán bộ cao cấp bệnh viện Quân y 175, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng là 14,4%.
- NCT có THA nếu bị hạ huyết áp tư thế đứng thì khả năng kiểm soát huyết áp thấp hơn những bệnh nhân không bị hạ huyết áp tư thế đứng (OR = 0,456; 95% CI = 0,26 – 8,81) với $p=0,007$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thắng và cs (2003)**, "Tìm hiểu tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở người già sống tại cộng đồng", Tạp chí nội khoa, 3, tr 6-11.
2. **Nguyễn Văn Trí (2014)**. Điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi. Chuyên đề tim mạch học. Hội tim mạch học Tp Hồ Chí Minh.
3. **Vũ Mai Hương (2003)**, Tìm hiểu tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng một số yếu tố nguy cơ ở người cao tuổi tại một thị xã và tại Viện Lão khoa, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa 2, Đại học Y Hà nội.
4. **Barochiner J et al, (2012)**. "Orthstatic hypotension in Treated hypertension patients" Rom.J. Intern.Med, 50 (3), pp. 203 – 209.
5. **Beckett NS, Ruth Peters et al (2008)**, "Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older", N Engl J Med, 358, pp: 1887-1898 (HYVET).
6. **Fedorowski A, Wahlstrand B et al (2014)**, "Systolic and diastolic component of orthostatic hypotension and cardiovascular events in hypertensive patients: the Captopril Prevention Project", J Hypertens, 32(1), pp:5-81.
7. **Shen SS, He T, et al, (2015)**, "Uncontrolled hypertension and orthostatic hypotension in relation to standing balance in elderly hypertensive patients", Journal List Clin Interv Aging, 10, pp. 897-906.
8. **Valbusa F et al (2012)**. "Orthstatic hypotension in very old subject living in nursing home: the PARTAGE study". Hypertens, 30, pp. 53 -60.

HIỆU QUẢ GẠT TÁCH TIỂU CẦU Ở MỘT SỐ BỆNH MÁU TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Dương Doãn Thiện¹, Nguyễn Hà Thanh¹, Bạch Quốc Khánh¹,
Lê Xuân Hải¹, Nguyễn Triệu Vân¹, Nguyễn Anh Trí¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả gạn tách tiểu cầu ở một số bệnh máu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** gồm 147 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu tăng cao

≥1000 G/L (16 bệnh nhân lơ xê mi kinh dòng hạt và 131 bệnh nhân tăng tiểu cầu tiên phát). Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc hiệu suất gạn tách tiểu cầu ngay sau gạn, sau gạn 12 giờ và 24 giờ. **Kết quả nghiên cứu:** Hiệu suất gạn tách tiểu cầu ở thời điểm ngay sau gạn tách là 47,9%; sau gạn tách 12 giờ là 45,5% và sau 24 giờ là 44,3%. Hiệu suất gạn tiểu cầu của nhóm có số lượng tiểu cầu <1500 G/L không khác biệt so với nhóm ≥1500 G/L ($p>0,05$). Sau gạn tách tiểu cầu 24 giờ các triệu chứng ứ trệ tiểu cầu giảm rõ rệt: đau lách giảm từ 7,5% xuống 3,4%; đau đầu giảm từ 50,3% xuống 4,8%; sưng chi giảm từ 7,5% xuống 0,7%; đau chi giảm từ 9,5% xuống 0,7% và tê bì chi giảm từ 45,6% xuống 5,4%, ($p<0,001$).

¹*Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Doãn Thiện
Email: drthienhn@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020
Ngày duyệt bài: 28.2.2020

Từ khóa: tiểu cầu, tăng tiểu cầu tiên phát, gạn tách tiểu cầu.

SUMMARY

EFFICIENCY OF THROMBOCYTAPHERESIS IN SOME BLOOD DISEASES AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Objectives of the study: To evaluate the effectiveness of thrombocytapheresis in some blood diseases at National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Methods:** 147 patients had platelet count ≥ 1000 G/L (Chronic Myelogenous Leukemia: 16 patients and Essential Thrombocytopenia: 131 patients). The study described cross-sectional combination with vertical monitoring of efficiency of thrombocytapheresis after thrombocytapheresis, after 12 hours and 24 hours. **Research results:** efficiency of thrombocytapheresis at the time immediately after thrombocytapheresis was 47.9%; after 12 hours was 45.5% and after 24 hours was 44.3%. Efficiency of thrombocytapheresis of the group with the platelet count < 1500 G/L is not different from the group ≥ 1500 G/L ($p > 0.05$). After thrombocytapheresis 24 hours, the symptoms of thrombocytosis decreased significantly: splenic pain decreased from 7.5% to 3.4%; headache decreased from 50.3% to 4.8%; swelling of the limb decreased from 7.5% to 0.7%; pain of the limb decreased from 9.5% to 0.7% and numbness of the limb decreased from 45.6% to 5.4%, ($p < 0.001$).

Keywords: platelets, Essential Thrombocytopenia, thrombocytapheresis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gạn tách tiểu cầu (TC) sẽ làm giảm nhanh và nhiều số lượng tiểu cầu (SLTC) tức thời, do đó phương pháp này được chỉ định trong trường hợp BN có SLTC rất cao, đang có nguy cơ biến chứng. Gạn tách tiểu cầu được thực hiện trong điều trị các bệnh máu có SLTC tăng cao như lơ xê mi kinh dòng hạt (LXKDH) hoặc tăng tiểu cầu tiên phát (TTCTP) [1], [2], [3]. Điều trị gạn tiểu cầu trên những BN TTCTP là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả nhanh chóng, làm giảm đáng kể SLTC và giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng [4], [5].

Bensinger (1970) thấy rằng sau gạn tiểu cầu triệu chứng dị cảm đầu chi giảm từ 23% xuống còn 10% và đau đầu giảm từ 25% xuống còn 8% [3]. Trong nghiên cứu của Colman triệu chứng tê bì, dị cảm đầu chi giảm từ 28,4% xuống còn 12%. Goldfinger (1979) thấy rằng sau

gạn tiểu cầu các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân TTCTP giảm 52,8% (theo [2]). Sau khi gạn tiểu cầu, SLTC giảm thì các triệu chứng lâm sàng do ứ trệ tuần hoàn vi mạch cũng được cải thiện đáng kể [6], [7], [8].

Nghiên cứu được tiến hành nhằm: Đánh giá hiệu quả gạn tách tiểu cầu ở một số bệnh máu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 147 BN mắc bệnh máu ác tính có SLTC tăng cao ≥ 1000 G/L (16 BN LXMKDH và 131 BN TTCTP).

*Tiêu chuẩn lựa chọn BN có chỉ định gạn tách TC điều trị:

- Bệnh nhân được chẩn đoán LXMKDH hoặc TTCTP.

- Có SLTC tăng ≥ 1000 G/L.

- Có tắc mạch hoặc nguy cơ tắc mạch.

*Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân không có nguy cơ tắc mạch, SLTC chưa cao.

- Những bệnh nhân có kèm theo một số bệnh nội khoa như tim mạch, tâm thần kinh, viêm phổi, nhiễm trùng nặng...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu.

- Cỡ mẫu: toàn bộ gồm tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị có SLTC cao ≥ 1000 G/L, trong thời gian từ 10/2014 đến 9/2016.

- Quy trình gạn tách TC: Gạn tách TC điều trị bằng máy tách tế bào tự động OPTIA Spectra và bộ kit tương ứng theo quy trình chuẩn sách hướng dẫn quy trình kỹ thuật Huyết học – Truyền máu của Bộ Y tế và Quy trình gạn tách thực hiện tại Viện HH – TMTW.

- Các chỉ số đánh giá:

+ Hiệu suất gạn tách TC: ngay sau gạn tách, sau gạn 12 giờ và 24 giờ.

Hiệu suất gạn tách (%) = $\frac{\text{SLTC trước gạn} - \text{SLTC sau gạn}}{\text{SLTC trước gạn}} \times 100$

+ Một số yếu tố liên quan đến hiệu suất gạn tách TC: thể bệnh và mức độ tăng TC trước gạn.

+ Biến đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau gạn tách TC 24 giờ.

- Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê thường dùng trong y sinh học trên máy tính theo chương trình SPSS 22.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Hiệu suất gạn tách tiểu cầu.

Thời điểm	n	SLTC (G/L) ($\bar{X} \pm SD$)	Hiệu suất (%) ($\bar{X} \pm SD$)	p
Trước gạn (1)	147	1589,1 $\pm$ 497,6		

Ngay sau gạn (2)	147	812,5 ± 261,2	47,9 ± 10,8	p ₁₋₂ <0,001
Sau gạn 12 giờ (3)	147	850,8 ± 279,0	45,5 ± 11,6	p ₁₋₃ <0,001
Sau gạn 24 giờ (4)	147	872,2 ± 298,6	44,3 ± 12,4	p ₁₋₄ <0,001

Ngay sau gạn tách, hiệu suất gạn tách tiểu cầu ở thời điểm ngay sau gạn tách là 47,9 ± 10,8%; sau gạn tách 12 giờ là 45,5 ± 11,6% và sau 24 giờ là 44,3 ± 12,4%.

Bảng 2. Liên quan thể bệnh và hiệu suất gạn tách tiểu cầu.

Thời điểm	Hiệu suất gạn tách tiểu cầu ($\bar{X} \pm SD$)		p
	LXMKDH (n= 16)	TTCTP (n= 131)	
Ngay sau gạn	47,4 ± 13,2	47,9 ± 10,5	>0,05
Sau gạn 12 giờ	39,2 ± 16,5	46,2 ± 10,7	<0,05
Sau gạn 24 giờ	40,5 ± 14,5	44,8 ± 12,1	>0,05

Sau gạn tách tiểu cầu 12 giờ, hiệu suất gạn tách tiểu cầu ở nhóm TTCTP (46,2 ± 10,7%) cao hơn so với nhóm LXMKDH (39,2 ± 16,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nhưng sau gạn tách tiểu cầu 24 giờ, sự khác biệt ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Liên quan mức độ tăng tiểu cầu và hiệu suất gạn tách tiểu cầu.

Thời điểm	Hiệu suất gạn tách tiểu cầu ($\bar{X} \pm SD$)		p
	SLTC <1500 G/l (n= 82)	SLTC ≥1500 G/l (n= 65)	
Ngay sau gạn	45,6 ± 10,9	50,7 ± 10,1	>0,05
Sau gạn 12 giờ	43,4 ± 11,3	48,1 ± 11,5	>0,05
Sau gạn 24 giờ	42,8 ± 11,8	46,3 ± 12,8	>0,05

Ở các thời điểm ngay sau gạn tách, sau gạn 12 giờ, 24 giờ, hiệu suất gạn tiểu cầu của nhóm có SLTC <1500 G/l không khác biệt so với nhóm có SLTC ≥1500 G/l (p>0,05).

Bảng 4. Biến đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau 24 giờ gạn tách.

Triệu chứng	Trước (n= 147)	Sau (n= 147)	p
Đau lách	11 (7,5%)	5 (3,4%)	<0,001
Mất thị lực	1 (0,7%)	1 (0,7%)	-
Liệt	5 (3,4%)	5 (3,4%)	-
Đau đầu	74 (50,3%)	7 (4,8%)	<0,001
Tím chi	6 (4,1%)	1 (0,7%)	-
Sưng chi	11 (7,5%)	1 (0,7%)	<0,001
Đau chi	14 (9,5%)	1 (0,7%)	<0,001
Tê bì chi	67 (45,6%)	8 (5,4%)	-

Sau gạn tách tiểu cầu 24 giờ các triệu chứng ứ trệ tiểu cầu giảm rõ rệt. Triệu chứng đau lách giảm từ 7,5% xuống còn 3,4%; đau đầu giảm từ 50,3% xuống 4,8%; sưng chi giảm từ 7,5% xuống 0,7%; đau chi giảm từ 9,5% xuống 0,7% và tê bì chi giảm từ 45,6% xuống 5,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Sau gạn tách tiểu cầu 24 giờ, các trường hợp đã bị mất thị lực và liệt biến đổi không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu suất gạn tách tiểu cầu

Qua nghiên cứu thấy hiệu suất gạn tách tiểu cầu ở thời điểm ngay sau gạn là 47,9 ± 10,8%; sau gạn 12 giờ là 45,5 ± 11,6% và sau 24 giờ là 44,3 ± 12,4%. Sau gạn tách 12 giờ, hiệu suất gạn tách ở nhóm TTCTP (46,2 ± 10,7%) cao hơn so với nhóm LXMKDH (39,2 ± 16,5%), (p<0,05). Nhưng sau gạn tách tiểu cầu 24 giờ, sự khác biệt ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Ở các thời điểm ngay sau gạn tách, sau gạn 12 giờ, 24 giờ, hiệu suất gạn tiểu cầu của nhóm có SLTC <1500 G/l không khác biệt so với nhóm có SLTC ≥1500 G/l (p>0,05), (bảng 3.15 và 3.16).

Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Sleeper (1985) nghiên cứu trên 20 BN được gạn tiểu cầu

thấy rằng SLTC trung bình giảm 53% so với trước gạn [7]. Nghiên cứu của Bensinger thấy SLTC trung bình trước gạn là 1185 G/l sau khi gạn 24 giờ giảm xuống còn 575 G/l (giảm 48,5%)[3]. Chow M. P. và cs. (1990) [5] gạn tách tiểu cầu cho 16 trường hợp tăng sinh tủy mạn ác tính có tăng tiểu cầu thấy tỷ lệ giảm SLTC trung bình là 41%.

Năm 2004, Thakral và cộng sự [8] đã mô tả một trường hợp tăng sinh tủy mạn tính đang điều trị bằng hydroxyurea thì có các biểu hiện tím tái bàn tay trái, chóng mặt, đau đầu và mệt mỏi do tăng tiểu cầu (SLTC: 1.553G/l) BN đã được chỉ định gạn tiểu cầu. Kết quả sau 2 lần gạn tiểu cầu thì SLTC giảm được 67% (SLTC còn 513 G/l), đồng thời các triệu chứng của tăng tiểu cầu được cải thiện đáng kể.

Ở Việt Nam, Nguyễn Thị Lan thấy SLTC trung bình trước gạn là 1892,2 G/l sau khi gạn 24 giờ giảm xuống còn 1313,8 G/l (giảm 69,4%) (theo [2]). Phạm Liên Hương (2014) gạn tách tiểu cầu bằng máy Cobe Spectra cho 12 BN TTCTP thấy hiệu suất giảm tiểu cầu trung bình 46,3% (SLTC trung bình trước gạn là $2019,3 \pm 752,1$ G/l, sau gạn là $1070,8 \pm 364,3$ G/l) [2].

Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015) [2] điều trị 55 BN TTCTP bằng phương pháp gạn tiểu cầu thấy ở các thời điểm ngay sau gạn, sau gạn 12 giờ và 24 giờ SLTC đều giảm. Mức giảm tiểu cầu nhiều nhất là thời điểm ngay sau gạn tiểu cầu (giảm từ 1614,6 G/l xuống 846,6 G/l; giảm 52,4%; $p < 0,05$). Hiệu suất giảm tiểu cầu ở thời điểm ngay sau gạn tiểu cầu, sau gạn tiểu cầu 12 giờ và 24 giờ lần lượt là: 47,6%, 0,4%. Tác giả kết hợp điều trị hydroxyurea thấy sau 2 tuần điều trị 100% BN hết các triệu chứng lâm sàng do ứ trệ tuần hoàn vi mạch. Sau điều trị các chỉ số tế bào máu ngoại vi trở về bình thường: SLTC trước điều trị là 1.614,6 G/l, sau điều trị là 537,5G/l. SLBC trước điều trị là 14,1 G/l, sau điều trị là 6,7 G/l. Hiệu suất làm giảm SLTC sau điều trị 3 ngày, 7 ngày, 10 ngày, 14 ngày của nhóm BN có SLTC ≤ 1000 G/l và ở nhóm có SLTC > 1000 G/l là không khác biệt.

4.2. Hiệu quả gạn tách tiểu cầu

Beverly W. và cs. (1993) đánh giá hiệu quả của gạn tiểu cầu kết hợp với hóa trị liệu bằng hydroxyurea và Busulfan ở bệnh tăng sinh tủy mạn ác tính có triệu chứng của tăng tiểu cầu tại Mỹ thấy rằng gạn tiểu cầu là phương pháp điều trị ban đầu có hiệu quả nhanh chóng, làm giảm nhanh SLTC và cải thiện triệu chứng lâm sàng trong khi chờ tác dụng của hóa chất [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau gạn tách TC 24 giờ các triệu chứng ứ trệ tiểu cầu giảm rõ rệt: đau lách giảm từ 7,5% xuống còn 3,4%; đau đầu giảm từ 50,3% xuống 4,8%; sưng chi giảm từ 7,5% xuống 0,7%; đau chi giảm từ 9,5% xuống 0,7% và tê bì chi giảm từ 45,6% xuống 5,4% ($p < 0,001$). Các trường hợp mất thị lực và liệt biến đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), (bảng 4).

Năm 2014, Singh [6] cũng mô tả một trường hợp BN nữ 17 tuổi vào viện vì xuất huyết mũi trầm trọng, xét nghiệm SLTC 2.987 G/l. BN đã được chỉ định gạn tiểu cầu cấp cứu và gạn thêm 6 lần nữa vào các ngày khác nhau cho đến khi SLTC giảm xuống dưới 600 G/l. Sau đó điều trị duy trì bằng Anagrelide, BN đã được xuất viện sau 2 tuần điều trị.

Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015) [2] điều trị TTCTP bằng phương pháp gạn tiểu cầu kết hợp điều trị

hydroxyurea cho 55 BN thấy sau gạn tiểu cầu 24 giờ cải thiện rất nhanh một số triệu chứng liên quan đến ứ trệ tuần hoàn: tê bì, dị cảm đầu chi giảm từ 20% xuống còn 10,9%; đau đầu từ 10,9% giảm xuống còn 3,6%; ù tai từ 10,9% giảm xuống còn 3,6%. SLTC trung bình ở nhóm BN có các triệu chứng lâm sàng do ứ trệ tuần hoàn vi mạch trước gạn tiểu cầu là $1934,6 \pm 803,9$ G/l, sau gạn là $1070,1 \pm 361,1$ G/l (giảm 44,6%; $p < 0,05$). Triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt nhất là ở thời điểm sau gạn tiểu cầu 24 giờ và sau điều trị 7 ngày. Gạn tiểu cầu kết hợp với điều trị giảm SLTC bằng hydroxyurea là phương pháp điều trị có hiệu quả trong việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN TTCTP.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 147 bệnh nhân mắc bệnh máu ác tính có SLTC tăng cao ≥ 1000 G/L (16 BN LXMKDH và 131 BN TTCTP) được gạn tách TC điều trị thấy:

- Hiệu suất gạn tách tiểu cầu ở thời điểm ngay sau gạn tách là 47,9%; sau gạn tách 12 giờ là 45,5% và sau 24 giờ là 44,3%. Hiệu suất gạn tiểu cầu của nhóm có số lượng tiểu cầu < 1500 G/l không khác biệt so với nhóm ≥ 1500 G/l ($p > 0,05$).

- Sau gạn tách tiểu cầu 24 giờ các triệu chứng ứ trệ tiểu cầu giảm rõ rệt: đau lách giảm từ 7,5% xuống 3,4%; đau đầu giảm từ 50,3% xuống 4,8%; sưng chi giảm từ 7,5% xuống 0,7%; đau chi giảm từ 9,5% xuống 0,7% và tê bì chi giảm từ 45,6% xuống 5,4%, ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Liên Hương (2014)**, Nghiên cứu các thay đổi tế bào và đông máu huyết tương sau điều trị gạn tách tế bào bằng máy Cobe Spectra ở khoa huyết học bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015)**, Nghiên cứu điều trị tăng tiểu cầu tiên phát bằng phương pháp gạn tiểu cầu kết hợp điều trị Hydroxyurea tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương 2014 -2015, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Bensinger T. A, Logeu G. L., Rundles R. W. (1970)**, "Hemorrhagic thrombocytosis with melphalan", Blood, tr. 61 - 69.
4. **Beverly W. Baron, Rosemarie Mick và Joseph M. Baron (1993)**, "Combined plateletpheresis and cytotoxic chemotherapy for symptomatic thrombocytosis in myeloproliferative disorders", Cancer, 72(4), tr. 1209-1218.
5. **Chow M. P., Yung C. H., Chen S. Y. et al. (1990)**, "Clinical application of therapeutic hemapheresis", Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 45(2).
6. **Singh A., Chaudhary R., Nityanand S. (2014)**, "Successful management of acute bleeding in essential thrombocythemia using automated cell

- separator", Transfusion and Apheresis Science, 50(1), tr. 56-58.
7. **Sleeper T., Smith J., McCullough J. (1985)**, "Therapeutic cytopheresis using fenwal CS 3000 blood cell separator. Vox Sanguinis. 1985;48:193-200.
8. **Thakral B., Saluja K., Malhotra P. et al. (2004)**, "Therapeutic Plateletpheresis in a Case of Symptomatic Thrombocytosis in Chronic Myeloid Leukemia", Therapeutic Apheresis and Dialysis, 8(6), tr. 497-49.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG TRÊN TUẦN HOÀN, HÔ HẤP VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Nguyễn Đức Lam¹, Nguyễn Duy Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của phương pháp giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng tiến hành ở 120 bệnh nhân được mổ lấy thai và được chia thành hai nhóm bằng nhau: Nhóm nghiên cứu: Được gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm để giảm đau sau mổ; Nhóm chứng: Không được gây tê TAP block. Cả hai nhóm đều được giảm đau sau mổ bằng PCA morphin tĩnh mạch. **Kết quả:** Không có sự khác biệt về tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp trong suốt thời gian nghiên cứu của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ và tỷ lệ an thần độ 1 trong thời gian nghiên cứu tương ứng là 5% và 3,33% ở nhóm gây tê TAP block thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng (tỷ lệ nôn, buồn nôn là 21,7% và tỷ lệ an thần độ 1 là 23,3%). Các tác dụng không mong muốn khác như ngứa, bí tiểu không có sự khác biệt ở 2 nhóm. Không gặp các tai biến nguy hiểm liên quan đến gây tê TAP block. **Kết luận:** Phương pháp giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm không ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp của bệnh nhân và làm giảm tỷ lệ nôn, buồn nôn và tỷ lệ an thần độ 1 so với nhóm chứng.

Từ khóa: Gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block), mổ lấy thai, tác dụng không mong muốn, siêu âm trong gây tê vùng.

SUMMARY

EVALUATION THE EFFECTS ON THE CIRCULATION, RESPIRATION AND OTHER SIDES EFFECTS OF PAIN RELIEF AFTER CESAREAN DELIVERY BY ULTRASOUND - GUIDED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) BLOCK

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh Viện A Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

Objectives: To evaluate the effects on the circulation, respiration and other sides effects of pain relief after cesarean delivery by ultrasound-guided transversus abdominis plane block. **Methods:** A randomized controlled clinical trial conducted in 120 patients undergoing cesarean section and was divided into two equal groups: TAP block group: used the transverse abdominal muscle plane block (TAP block)) ultrasound guided for postoperative pain relief; **Control group:** Do not use TAP block. Both groups received postoperative analgesia with intravenous morphine PCA. Results: There were no differences of the effects on the circulation, respiratory during the study period of patients in the two study groups. The rate of vomiting, postoperative nausea and sedation of level 1 rate during the study period was 5% and 3.33%, respectively, in the group of TAP block anesthetics significantly lower than the control group (the rate of nausea and vomiting was 21.7% and sedation of level 1 rate was 23.3%). Other sides effects such as pruritus, urinary retention did not differ in the two groups. There are no dangerous events related to TAP block. **Conclusion:** The method of pain relief after cesarean delivery by ultrasound-guided transversus abdominis plane block does not affect the patient's circulation and respiration and reduces the rate of vomiting, nausea and sedation of level 1 rate compared to the control group.

Key words: Transversus abdominis plane block (TAP block), Caesarean delivery, sides effects, ultrasound in regional anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm đau sau mổ lấy thai là rất cần thiết và mang ý nghĩa nhân văn vì giúp bệnh nhân phục hồi sớm và chăm sóc con, cho con bú sớm. Phương pháp giảm đau sau mổ lấy thai thường sử dụng nhiều nhất là phối hợp liều nhỏ morphin không có chất bảo quản với thuốc tê khi gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Tuy nhiên, không thể áp dụng phương pháp này đối với những bệnh nhân phải gây mê toàn thân để mổ lấy thai như: Rau tiền đạo, rau bong non, sa dây rau, sa chi, tiền sản giật, sản giật... Gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (Transverse Abdominis Plane Block) viết tắt là TAP block là kỹ thuật đưa một lượng thuốc tê tập trung vào mặt phẳng giữa cơ chéo bụng trong

và cơ ngang bụng nơi mà các sợi thần kinh đốt sống đi qua [1; 2]. Đây là một phương pháp gây tê vùng kinh điển và từ khi có hướng dẫn của siêu âm thì ngày càng được áp dụng rộng rãi trong giảm đau sau mổ vùng bụng nói chung và mổ lấy thai nói riêng [3; 4; 5]. Ở Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp này để giảm đau sau mổ lấy thai cho bệnh nhân phải gây mê toàn thân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của phương pháp giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tuổi: Từ 18 - 50 tuổi; ASA I, II và III. Được vô cảm bằng gây mê nội khí quản vì có chống chỉ định của gây tê tủy sống (rau tiền đạo, rau bong non, sa dây rau, sa chi, có bệnh lý tim mạch kèm theo, tiền sản giật nặng, sản giật...); mổ đường ngang trên vệ; đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân sau mổ lấy thai theo đường mổ dọc qua đường trắng giữa. dị ứng với Ropivacain, rối loạn đông máu, nhiễm trùng vùng chọc, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Thời gian từ tháng 8/2018 đến tháng 6/2019.

2.3. Cỡ mẫu: Thuận tiện, 120 bệnh nhân chia làm 2 nhóm.

2.4. Chọn mẫu: Phân nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Phân bố	Nhóm	Nhóm chứng (n ₁)	Nhóm TAPB (n ₂)	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	29,23 $\pm$ 4,71	31,07 $\pm$ 5,9	> 0,05
	Min - Max	22 - 45	22 - 43	
Chiều cao (cm)	$\bar{X} \pm SD$	156,3 $\pm$ 4,28	154,57 $\pm$ 4,61	> 0,05
	Min - Max	147 - 163	145 - 161	
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$	64,07 $\pm$ 4,58	63,33 $\pm$ 4,48	> 0,05
	Min - Max	55 - 73	56 - 75	
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	26,20 $\pm$ 1,20	26,51 $\pm$ 1,44	> 0,05
	Min - Max	24,24 - 28,89	23,94 - 30,30	
Tuổi thai (Tuần)	$\bar{X} \pm SD$	38 $\pm$ 1,80	37,63 $\pm$ 1,63	> 0,05
	Min - Max	32 - 41	33 - 40	

Nhóm 1 (Nhóm chứng) n₁ = 60 bệnh nhân: Bệnh nhân sẽ được giảm đau sau mổ sử dụng thuốc Morphin tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát (PCA).

Nhóm 2 (Nhóm TAPB) n₂ = 60 bệnh nhân: Bệnh nhân sẽ được giảm đau sau mổ bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng(TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp với thuốc Morphin tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát (PCA).

2.5. Quy trình tiến hành: Bệnh nhân sau mổ lấy thai với gây mê nội khí quản được chia thành 2 nhóm.

Nhóm chứng: Chuẩn độ và lắp máy PCA dùng morphin tĩnh mạch (1ml/1mg), bolus: 1ml, thời gian khóa: 5 phút, liều tối đa: 15 ml /4 giờ.

Nhóm TAP block được gây tê TAP block dưới hướng dẫn siêu âm bằng tiêm một liều duy nhất mỗi bên thành bụng 0,3ml/kg Ropivacain 0,25% + Dexamethasone 4mg + Adrenalin 5mcg/ml rồi được lắp PCA morphine tĩnh mạch tương tự nhóm chứng ngay sau khi gây tê.

2.6. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Ảnh hưởng trên huyết động (mạch, huyết áp) và hô hấp (tần số thở, bão hòa oxy mao mạch) của các bệnh nhân nghiên cứu.

- Các tác dụng không mong muốn khác của phương pháp: Nôn, buồn nôn, bệnh nhân bị an thần, ngứa, rét run, bí tiểu...

- Thời điểm đánh giá: Sau rút ống nội khí quản, sau mổ 1h (H1), 2h (H2), 3h (H3), 6h (H6), 9h (H9), 12h (H12), 18h (H18), 24h (H24), 36h (H36), 48h (H48), 60h (H60), 72h (H72).

2.7. Xử lý kết quả nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

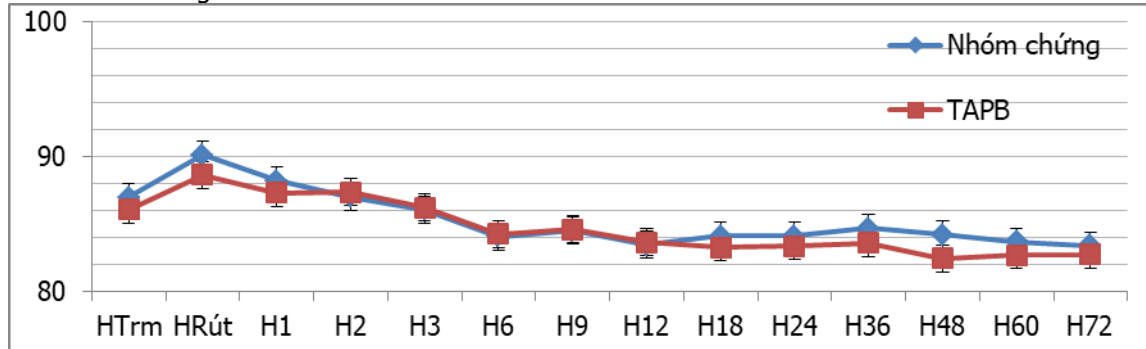
3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian phẫu thuật (phút)	$\bar{X} \pm SD$	30,53 $\pm$ 5,73	31,80 $\pm$ 7,95	> 0,05
	Min - Max	22 - 45	20 - 50	
Thời gian gây mê (phút)	$\bar{X} \pm SD$	53,87 $\pm$ 7,22	54,53 $\pm$ 8,06	> 0,05
	Min - Max	43 - 75	45 - 78	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm bệnh nhân cũng như các yếu tố liên quan đến gây mê và phẫu thuật giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

2. Ảnh hưởng trên tuần hoàn

Tần số tim của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu.

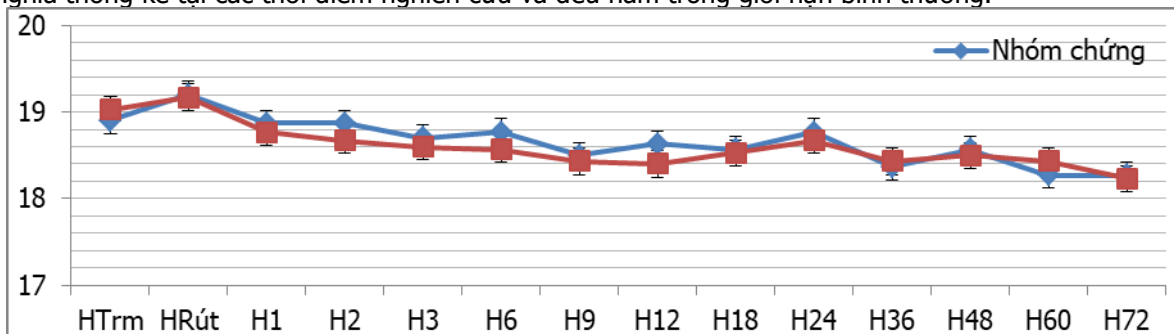


Biểu đồ 1. Thay đổi huyết áp trung bình sau mổ

Nhận xét: Không có sự khác biệt về huyết áp động mạch trung bình của các bệnh nhân tại các thời điểm nghiên cứu.

3. Ảnh hưởng trên hô hấp

Bão hòa oxy mao mạch của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm nghiên cứu và đều nằm trong giới hạn bình thường.



Biểu đồ 2. Thay đổi tần số thở trung bình sau mổ

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tần số thở của các bệnh nhân tại các thời điểm nghiên cứu.

4. Các tác dụng không mong muốn

Bảng 3.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm chứng (n ₁ , %)	Nhóm TAPB (n ₂ , %)	p
Buồn nôn, nôn	13 (21,7%)	3 (5%)	<0,05
Ngứa	4 (6,7%)	0 (0%)	>0,05
Bí tiểu	4 (6,7%)	2 (3,33%)	>0,05
An thần	14 (23,3%)	2 (3,33%)	<0,05
Suy hô hấp	0	0	>0,05
Tổn thương các cơ quan	0	0	
Gây tê thần kinh đùi	0	0	
Ngộ độc thuốc tê	0	0	

Nhận xét: Nhóm chứng có tỷ lệ nôn, buồn nôn (21,7%) và tỷ lệ an thần độ I (23,3%) cao hơn so với nhóm TAPB (tương ứng là 5% và 3,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa ($p < 0,05$). Các tác dụng không mong muốn khác không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều ở độ tuổi sinh đẻ từ 22 đến 45 tuổi, các đặc điểm chung về chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI, chỉ định mổ lấy thai, tuổi thai, thời gian mổ và thời gian gây mê đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu. Do đó, sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

1. Ảnh hưởng trên tuần hoàn. Huyết áp trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm chứng và nhóm TAPB tại tất cả các thời điểm đánh giá đều trong giới hạn bình thường (huyết áp trung bình cao nhất là 130 mmHg và thấp nhất là 76 mmHg). Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy sự thay đổi huyết áp trung bình ở hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm nghiên cứu trong 72 giờ sau mổ với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương tự kết luận của Fusco [3] về gây tê TAP block giảm đau sau mổ lấy thai (huyết áp trung bình ổn định, không có sự khác biệt với nhóm chứng).

2. Ảnh hưởng trên hô hấp. Kết quả cho thấy thay đổi về tần số thở và bão hòa oxy mao mạch (SpO₂) trung bình tại các thời điểm nghiên cứu của các bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều trong giới hạn bình thường. Chúng tôi không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tần số thở cũng như SpO₂ trung bình tại mỗi thời điểm đánh giá. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào bệnh nhân có SpO₂ <90% hoặc ngừng thở hay có tần số thở dưới 10 lần/phút. Điều này phản ánh một phần về sự an toàn của gây tê TAP block cũng như sự phù hợp về liều dùng và cài đặt các thông số PCA cho các bệnh nhân sau mổ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Fusco [3], không có sự khác biệt về hô hấp giữa nhóm gây tê TAP block (SpO₂ 98,83 ± 1,01) và nhóm chứng (98,85 ± 1,16).

3. Các tác dụng không mong muốn khác

***Nôn, buồn nôn:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nôn, buồn nôn trong 72 giờ sử dụng PCA morphin sau mổ ở nhóm chứng là 21,7% cao hơn nhiều so với nhóm TAPB là 5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Belavy [2] với tỷ lệ nôn, buồn nôn ở nhóm chứng là 20,8% và nhóm gây tê TAP block là 4,3%. Tác giả Baaj [1] cũng cho thấy tỷ lệ nôn, buồn nôn ở nhóm TAP block (5%) thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng (10,5%). Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến nguy cơ nôn, buồn nôn như: giới (tất cả đều là giới nữ), tiền

sử hút thuốc (không có bệnh nhân nào) và say tàu xe (Nhóm chứng 10% và nhóm TAP 6,7%), lượng thuốc họ morphin sử dụng trong gây mê, thời gian phẫu thuật là tương đối đồng nhất giữa hai nhóm, điều này tạo điều kiện cho việc so sánh ảnh hưởng của thuốc morphine dùng qua PCA giữa 2 nhóm chính xác hơn.

***An thần.** An thần là một trong những tác dụng trên hệ thần kinh trung ương thường gặp khi sử dụng các thuốc họ morphin. An thần ở mức độ sâu trở thành một tác dụng không mong muốn và là dấu hiệu chỉ điểm sớm về tình trạng ức chế hô hấp sắp xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp an thần ở nhóm TAP bloc (3,33%), trong khi đó nhóm chứng chúng tôi gặp 14 trường hợp (23,3%) bệnh nhân an thần. Như vậy nhóm TAP bloc giảm 20% tỉ lệ bệnh nhân an thần so với nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tất cả bệnh nhân an thần 2 nhóm đều ở mức độ 1, thỉnh thoảng ngủ gà và dễ đánh thức bằng lời nói. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bệnh nhân an thần sâu khó đánh thức, phải hỗ trợ hô hấp hay phải xử trí naloxone. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương kết quả nghiên cứu của Kahsay [5] nhóm TAP block giảm 23% tỉ lệ bệnh nhân an thần độ 1.

***Bí tiểu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ bệnh nhân được rút ống thông bàng quang sau mổ 6 giờ. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có bệnh nhân nào phải đặt lại ống thông bàng quang, có vài trường hợp bệnh nhân cần chườm ấm kích thích bàng quang, tỉ lệ này của nhóm TAPB là 3,3% và nhóm chứng là 6,7%, không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

***Ngứa:** Trong nghiên cứu, chúng tôi không gặp trường hợp nào bị ngứa ở nhóm TAPB, trong khi đó nhóm chứng có 4 trường hợp (6,7%), sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Kahsay [5].

*Các tai biến của gây tê TAP Block:

Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào bị ngộ độc thuốc tê. Chúng tôi sử dụng thuốc ropivacain theo những khuyến cáo an toàn với liều 1,5mg/kg, tổng liều 94,05 ± 5,2 mg, đồng thời có sự phối hợp thuốc tê với adrenalin. Kỹ thuật tiến hành thuận lợi dưới hướng dẫn của siêu âm nên không có trường hợp nào tiêm vào mạch máu hoặc tiêm ra ngoài mặt phẳng cơ ngang bụng. Tổn thương các cơ quan: McDermott cho thấy nguy cơ tiêm thuốc vào phúc mạc có thể chiếm 18% khi gây tê mù [6]. Chấn thương gan đã được Farooq [4] mô tả

1 trường hợp gây tê TAP block giảm đau sau mổ cắt tử cung đã gây chảy máu do tổn thương gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi với sự hướng dẫn của siêu âm nên tiêm thuốc chính xác, không có trường hợp nào tiêm thuốc vào phúc mạc, tổn thương gan và ruột. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu hiện nay với gây tê TAP block dưới hướng dẫn của siêu âm cho thấy những biến chứng là cực kỳ hiếm gặp.

V. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm để giảm đau sau mổ lấy thai không ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp của bệnh nhân và làm giảm tỷ lệ nôn, buồn nôn và tỷ lệ an thần độ 1 so với nhóm chứng (tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ và tỷ lệ an thần độ 1 trong thời gian nghiên cứu tương ứng là 5% và 3,33% ở nhóm gây tê TAP block so với nhóm chứng là 21,7% và 23,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baaj J.M., Alsatli R.A., Majaj H.A., et al

(2010). Efficacy of ultrasound-guided transversus abdominis plane (TAP) block for postcesarean section delivery analgesia--a double-blind, placebo-controlled, randomized study. Middle East J Anaesthesiol, **20**, 821 - 826.

2. Belavy D., Cowlshaw P.J., Howes M., et al (2009). Ultrasound-guided transversus abdominis plane block for analgesia after Caesarean delivery. Br J Anaesth, **103**, 726 - 730.

3. Fusco P., Cofini V., Petrucci E., et al (2016). Transversus Abdominis Plane Block in the Management of Acute Postoperative Pain Syndrome after Caesarean Section: A Randomized Controlled Clinical Trial. Pain physician, **19**, 583 - 591.

4. Farooq M., Carey M. (2008). A case of liver trauma with a blunt regional anesthesia needle while performing transversus abdominis plane block. Regional anesthesia and pain medicine. **33**(3), 274-275.

5. Kahsay DT. (2017). Transversus abdominis plane block after Caesarean section in an area with limited resources. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia. **23**(4), 90-95.

6. McDermott G, Korba E, Mata U, et al. (2012). Should we stop doing blind transversus abdominis plane blocks? British journal of anaesthesia. **108**(3), 499-502.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY, VIỆT NAM- NGHIÊN CỨU CẮT NGANG

Hoàng Văn Sỹ*, Nguyễn Đình Quốc Anh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim hiện nay đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng với tỷ lệ tử vong và bệnh tật còn cao. Các số liệu về đặc điểm lâm sàng góp phần giúp cho các nhà lâm sàng có cái nhìn tổng quát và toàn diện hơn về tình hình quản lý, điều trị suy tim. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy tim. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của bệnh nhân suy tim mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 313 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 04/2019 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 63,7±16,1. Tỷ lệ nam giới là 48,7%, nữ giới là 51,3%. Thời gian nằm viện trung bình là 7,9 ± 5,2 ngày. Các nguyên nhân chính gây suy tim: bệnh mạch vành (75,3%), bệnh cơ tim giãn nở (11,5%), bệnh van tim (6,8%), tăng huyết áp (1,7%). Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc: bệnh mạch vành (65,5%), tăng huyết áp (41,4%), sử dụng rượu

(36%), hút thuốc lá (28%), đái tháo đường (21,8%), rối loạn lipid máu (18,2%), bệnh thận mạn (18,1%), rung nhĩ (18,1%), tai biến mạch máu não (5,6%), hen hoặc COPD (4%), bệnh động mạch ngoại biên (2,3%), bệnh lý tuyến giáp (2,3%). Khó thở khi gắng sức và khó thở kịch phát về đêm là các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của suy tim với tỷ lệ lần lượt là 53,8% và 36,5%. Đa số các bệnh nhân suy tim độ II (51,2%) hoặc độ III (44,6%) theo NYHA. Trên siêu âm tim, tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tống máu giảm là 63,1%, phân suất tống máu trung gian là 29,9% và phân suất tống máu bảo tồn là 7%. Các thuốc điều trị suy tim chủ yếu được sử dụng là lợi tiểu kháng aldosterone (56,2%), chẹn thụ thể angiotensin II (55,6%), chẹn beta (52,4%) và lợi tiểu quai (39,6%). **Kết luận:** Nguyên nhân hàng đầu gây suy tim là bệnh mạch vành. Bệnh nhân suy tim thường có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc. Khó thở khi gắng sức và khó thở kịch phát về đêm là các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của suy tim. Phần lớn bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm nhưng tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị suy tim theo khuyến cáo còn thấp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Từ khóa: suy tim mạn, Chợ Rẫy, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE AT CHO RAY HOSPITAL, VIETNAM

*Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
Email: hoangvansy@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 18.2.2020
Ngày duyệt bài: 25.2.2020

Background: Heart failure is currently a public health problem with high mortality and morbidity. Data for clinical profile help clinicians having a more comprehensive view of the management and treatment of heart failure. Studies of clinical profile of patients with heart failure are limited in Vietnam. **Objective:** To describe the clinical, subclinical, and treatment characteristics of patients with chronic heart failure. **Materials and method:** Descriptive cross-sectional study on 313 patients with chronic heart failure in Department of Cardiology at Cho Ray Hospital from April, 2019 to October, 2019. **Results:** Mean age was $63,7 \pm 16,1$. 48,7% were male and 51,3% were female. Mean duration of hospitalization was $7,9 \pm 5,2$ days. The main causes of heart failure were coronary heart disease (75,3%), dilated cardiomyopathy (11,5%), valvular heart disease (6,8%), hypertension (1,7%). The rate of cardiovascular risk factors and co-morbidity were coronary heart disease (65,5%), hypertension (41,4%), alcohol use (36%), smoking (28%), diabetes (21,8%), dyslipidemia (18,2%), chronic kidney disease (18,1%), atrial fibrillation (18,1%), stroke (5,6%), asthma/COPD (4%), peripheral artery disease (2,3%), thyroid disease (2,3%). Exertional dyspnea and paroxysmal nocturnal dyspnea were the most common clinical symptoms of heart failure at 53,8% and 35,5%, respectively. The majority of heart failure patients had grade II (51,2%) or grade III (44,6%) according to NYHA. On echocardiography, the rate of patients with reduced ejection fraction (EF), mid-range EF and preserved EF was 63,1%, 29,9% and 7%, respectively. The main drugs used to treat heart failure were mineralocorticoid receptor antagonist (56,2%), angiotensin II receptor blockers (55,6%), beta blockers (52,4%) and loop diuretics (39,6%). **Conclusion:** The leading cause of heart failure is coronary artery disease. Heart failure patients often have many cardiovascular risk factors and co-morbidity. Exertional dyspnea and paroxysmal nocturnal dyspnea are the most common clinical symptoms of heart failure. Most heart failure patients have reduced ejection fraction but the rate of drugs used to treat heart failure as recommended is low in our study.

Keywords: chronic heart failure, Cho Ray, clinical profile.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim hiện nay đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng. Ước tính trên thế giới có hơn 38 triệu người đang mắc bệnh suy tim, với hầu hết các nghiên cứu dịch tễ học đã báo cáo tần suất hiện mắc khoảng từ 1 đến 2% trong dân số người trưởng thành. Các dữ liệu từ châu Âu và Bắc Mỹ cho thấy từ 1 đến 2% bệnh nhân nhập viện là do suy tim, tương đương khoảng 1 triệu ca nhập viện hằng năm, 90% là do đợt mất bù của suy tim cấp. Một bệnh nhân suy tim thường có tiên lượng xấu. Từ 4 đến 30% bệnh nhân sẽ tử vong trong lúc nằm viện, 17,4% sẽ tử vong trong vòng 1 năm. Tần suất tái nhập viện cũng khá cao, khoảng 30% bệnh nhân tái nhập viện

trong vòng 60 đến 90 ngày sau xuất viện. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỷ lệ tử vong và bệnh tật của suy tim vẫn còn khá cao [4].

Các số liệu đặc điểm lâm sàng trên góp phần giúp cho các nhà lâm sàng có cái nhìn tổng quát và toàn diện hơn về tình hình quản lý, điều trị suy tim nhằm mục tiêu phát triển các phương pháp tối ưu trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân tốt hơn, giúp làm giảm tỷ lệ tử vong. Số liệu về suy tim trên thế giới chủ yếu là ở nước phát triển như Hoa Kỳ hay châu Âu. Các nghiên cứu dịch tễ học suy tim tại Châu Á với số liệu còn hạn chế.

Năm 2016, nghiên cứu dịch tễ học suy tim thực hiện tại một số quốc gia ở châu Á trong đó có Việt Nam [7]. Số liệu được lấy từ Viện tim Quốc gia trong thời gian 9 tháng cho thấy nam mắc suy tim nhiều hơn nữ, độ tuổi trung bình thấp với nguyên nhân suy tim chủ yếu là bệnh lý mạch vành. Tần suất nhập viện sau 30 ngày là 7%, tỷ lệ tử vong nội viện là 7% và sau 30 ngày xuất viện là 2–3%. Tuy nhiên, số liệu trên không phản ánh được tình hình suy tim của cả nước khi chỉ thực hiện ở một trung tâm đơn lẻ với thời gian hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Bệnh viện Chợ Rẫy nhằm tìm hiểu rõ hơn về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của suy tim, từ đó góp phần cung cấp thêm các số liệu đặc điểm bệnh nhân bệnh nhân suy tim và giúp ích cho việc quản lý nhóm bệnh nhân này tốt hơn.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của bệnh nhân suy tim mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ngoại trú hoặc nội trú, được chẩn đoán suy tim mạn tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 04/2019 đến tháng 10/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn theo tiêu chuẩn của Hội tim Châu Âu (European Society of Cardiology) năm 2016 [1]. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả. Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh tại khoa Nội Tim Mạch, bệnh viện Chợ Rẫy sẽ được khai thác thông tin về nhân trắc học, hỏi bệnh sử và tiền căn đầy đủ các thông số trong bộ câu hỏi. Các bệnh nhân sẽ được khám lâm sàng toàn diện, được thực hiện xét nghiệm máu BNP hoặc NT-proBNP và các xét nghiệm khác tùy theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Bệnh nhân được thực

hiện siêu âm tim ghi nhận chỉ số EF (đo bằng phương pháp Simpson), đường kính thất trái cuối tâm thu và cuối tâm trương. Bệnh nhân cũng được theo dõi, ghi nhận các yếu tố về điều trị, thời gian nằm viện và tử vong.

Phương pháp thu thập số liệu và xử lý số liệu: Kết quả nghiên cứu được nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2016 và được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2019 đến tháng 10/2019, chúng tôi thu nhận được 313 bệnh nhân suy tim thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó có 114 (36,4%) bệnh nhân ngoại trú và 199 (63,4%) bệnh nhân nội trú.

Đặc điểm chung của bệnh nhân. Tuổi trung bình là $63,7 \pm 16,1$, tuổi nhỏ nhất là 19, lớn nhất là 94. Tỷ lệ nam giới là 48,7%, nữ giới là 51,3%. Đa số các bệnh nhân không có khả năng làm việc chiếm tỷ lệ 37,1% và có trình độ học vấn tiểu học hoặc thấp hơn chiếm tỷ lệ 66,7%. Thời gian nằm viện trung bình là $7,9 \pm 5,2$ ngày.

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

Biến số		Số lượng (%)
Giới tính (n = 310)	Nam	151 (48,7)
	Nữ	159 (51,3)
Trình trạng công việc (n = 305)	Toàn thời gian	20 (6,6)
	Bán thời gian	62 (20,3)
	Không có khả năng làm việc	113 (37,1)
	Thất nghiệp	1 (0,3)
	Nghỉ hưu	101 (33,1)
	Khác	8 (2,6)
Trình độ học vấn (n = 300)	Tiểu học hoặc thấp hơn	200 (66,7)
	THCS	78 (26,0)
	THPT	14 (4,7)
	Cao đẳng, đại học	8 (2,6)

Nguyên nhân suy tim. Nguyên nhân gây suy tim thường gặp nhất là bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ 75,3%, kế đến là bệnh cơ tim dẫn nỡ chiếm tỷ lệ 11,5%.

Bảng 2: Nguyên nhân chính gây suy tim

Nguyên nhân	Số lượng (%)
Bệnh mạch vành	222 (75,3)
Tăng huyết áp	5 (1,7)
Bệnh cơ tim dẫn nỡ	34 (11,5)
Bệnh van tim	20 (6,8)
Khác	14 (4,7)
Tổng số	295 (100)

Yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc. Đa số các bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu có kèm theo bệnh mạch vành (65,5%) và tăng huyết áp (41,4%).

Bảng 3: Yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc

Biến số		Số lượng (%)
Hút thuốc lá (n = 271)		76 (28,0)
Sử dụng rượu (n = 308)		111 (36,0)
Béo phì (n = 306)		13 (4,2)
Rối loạn lipid máu (n = 303)		55 (18,2)
Tăng huyết áp (n = 307)		127 (41,4)
Đái tháo đường (n = 303)		66 (21,8)
Bệnh mạch vành (n = 304)		199 (65,5)
Bệnh động mạch ngoại biên (n = 298)		7 (2,3)
Rung nhĩ (n = 298)	Kích phát	3 (1,0)
	Kéo dài	18 (6,0)
	Vĩnh viễn	33 (11,1)
Tai biến mạch máu não (n = 302)		17 (5,6)
Hen/COPD (n = 303)		12 (4,0)
Bệnh thận mạn (n = 298)		54 (18,1)
Bệnh lý tuyến giáp (n = 301)	Suy giáp	4 (1,3)
	Cường giáp	3 (1,0)
Ung thư (n = 301)		5 (1,7)

Đặc điểm lâm sàng. Khó thở khi gắng sức và khó thở kịch phát về đêm là các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của suy tim với tỷ lệ lần lượt là 53,8% và 36,5%. Đa số các bệnh nhân suy tim có phân độ NYHA II (51,2%) hoặc NYHA III (44,6%).

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng suy tim

Biến số	Số lượng (%)
Triệu chứng sung huyết (n = 300)	108 (36,0)
Khó thở khi gắng sức (n = 303)	163 (53,8)
Khó thở khi nằm (n = 305)	105 (34,4)
Khó thở kịch phát về đêm (n = 304)	111 (36,5)
Giảm tưới máu ngoại biên (n = 303)	10 (3,3)
Nhịp tim nhanh (n = 298)	26 (8,7)

Bảng 5: Phân độ suy tim theo NYHA

Biến số		Số lượng (%)
Phân độ NYHA (n = 289)	I	8 (2,8)
	II	148 (51,2)
	III	129 (44,6)
	IV	4 (1,4)

Đặc điểm cận lâm sàng. Trên siêu âm tim, tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tống máu giảm là 63,1%, phân suất tống máu trung gian là 29,9% và phân suất tống máu bảo tồn là 7%.

Bảng 6: Đặc điểm cận lâm sàng

Biến số	n	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn hoặc số lượng (%)
LVEF	268	36,5 $\pm$ 11,1
LVEF	268	< 40%
		169 (63,1)
		40-50%
		80 (29,9)
		$\geq 50\%$
		19 (7,0)
NT-proBNP(pmol/L)	12	1688,3 $\pm$ 1344,3
BNP (pg/mL)	89	1344,3 $\pm$ 5317,4
Creatinin(μ mol/L)	196	149,4 $\pm$ 151,4
Na (mmol/L)	212	136,0 $\pm$ 5,0
K (mmol/L)	209	3,8 $\pm$ 0,7

Thuốc điều trị. Các thuốc điều trị suy tim chủ yếu được sử dụng là lợi tiểu kháng aldosterone (56,2%), chẹn thụ thể angiotensin II (55,6%), chẹn beta (52,4%) và lợi tiểu quai (39,6%). Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin (ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc sacubitril/valsartan) là 85,9%. Nếu chỉ xét 3 nhóm thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin, chẹn beta và kháng aldosterone thì tỷ lệ bệnh nhân sử dụng 1 trong 3 thuốc, 2 trong 3 thuốc, cả 3 thuốc lần lượt là 16,9%, 46,6% và 28,1%.

Bảng 7: Thuốc hiện đang sử dụng

Thuốc	Số lượng (%)
Ức chế men chuyển	85 (27,2)
Chẹn thụ thể angiotensin II	174 (55,6)
Sacubitril/Valsartan	10 (3,2)
Chẹn beta	164 (52,4)
Kháng aldosterone	176 (56,2)
Ivabradine	20 (6,4)
Lợi tiểu thiazide	20 (6,4)
Lợi tiểu quai	124 (39,6)
Digoxin	20 (6,4)
Nitrate	104 (33,2)
Hydralazine	4 (1,3)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình dân số của chúng tôi là 63,7 $\pm$ 16,1, tuổi nhỏ nhất là 19, lớn nhất là 94. Đặc điểm này phù hợp với các y văn trong nước và thế giới ghi nhận suy tim thường gặp ở người lớn tuổi. Nghiên cứu của Phạm Thanh Phong trên 111 bệnh nhân suy tim mạn tại Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ ghi nhận tuổi trung bình là 69 $\pm$ 13,5 [3]. Nghiên cứu của Deursen và cộng sự trên 3226 bệnh nhân suy tim tại Châu Âu ghi nhận tuổi trung bình là 66 $\pm$ 14 [8].

Về giới tính, tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,7%, thấp hơn nữ giới là 51,3%. Các nghiên cứu dịch tễ học về suy tim

trên thế giới thường ghi nhận tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Nghiên cứu của Deursen và nghiên cứu CHAMP-HF ghi nhận tỷ lệ suy tim ở nam giới cao hơn nữ giới [5],[8]. Một nghiên cứu dịch tễ học suy tim trên các nước Châu Á cũng ghi nhận nam giới suy tim nhiều hơn với tỷ lệ ở Việt Nam, Đài Loan, Hàn Quốc, Singapore, Philippines, Malaysia, Indonesia lần lượt là 59%, 72%, 55%, 64%, 57%, 75% và 66% [7].

Về tình trạng công việc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các bệnh nhân suy tim không có khả năng làm việc (37,1%) hoặc đã nghỉ hưu (33,1%). Điều này cho thấy suy tim làm giảm chất lượng cuộc sống và khả năng làm việc của bệnh nhân.

Nguyên nhân suy tim. Nguyên nhân chính gây suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh mạch vành (75,3%), kế đến là bệnh cơ tim dẫn nỡ (11,5%) và bệnh van tim (6,8%) trong khi tăng huyết áp chỉ chiếm tỷ lệ thấp (1,7%).

Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với các nghiên cứu khác. Tác giả Trần Thị Mỹ Liên nghiên cứu trên 123 bệnh nhân suy tim mạn tại Bệnh viện Thống Nhất ghi nhận bệnh mạch vành và tăng huyết áp là nguyên nhân suy tim đứng đầu chiếm 82,9%, kế đến là bệnh van tim chiếm 11,4%, còn bệnh cơ tim chỉ chiếm 3,3% [2]. Nghiên cứu của Phạm Thanh Phong cho thấy bệnh mạch vành là nguyên nhân suy tim hàng đầu (50,4%), kế đến là tăng huyết áp (22,5%), bệnh van tim (15,3%) và bệnh cơ tim (4,6%) [3]. Sự khác biệt về nguyên nhân suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của hai tác giả trên có thể do đặc thù của Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối của Trung ương trực thuộc Bộ Y tế nên thường tiếp nhận những bệnh nhân nặng, chưa rõ chẩn đoán hoặc quá khả năng điều trị của các bệnh viện tuyến dưới. Ngoài ra, những bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Chợ Rẫy thường được điều trị tích cực để đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, suy tim do bệnh cơ tim dẫn nỡ chiếm tỷ lệ cao (11,5%) trong khi suy tim do tăng huyết áp lại chiếm tỷ lệ thấp (1,7%).

Yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các bệnh nhân suy tim có kèm theo bệnh mạch vành (65,5%) và tăng huyết áp (41,4%), kế đến là đái tháo đường (21,8%), rối loạn lipid máu (18,2%), bệnh thận mạn (18,1%), rung nhĩ (18,1%), hen hoặc COPD (12%). Các bệnh đồng mắc khác như ung thư, bệnh lý tuyến giáp, bệnh động mạch ngoại biên và tai biến mạch máu não chiếm tỷ lệ thấp. Các yếu tố nguy cơ tim mạch

bao gồm sử dụng rượu, hút thuốc lá, béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt là 36,0%, 28,0% và 4,2%.

Kết quả trên tương đồng với các nghiên cứu khác. Lawson và cộng sự nghiên cứu trên 10575 bệnh nhân suy tim tại Thụy Điển cũng ghi nhận bệnh mạch vành và tăng huyết áp là hai bệnh đồng mắc thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 53,9% và 51,5%, kế đến là rung nhĩ (48,1%), bệnh thận mạn (43,9%), đái tháo đường (23,9%) [6]. Trong nghiên cứu của Deursen, các bệnh đồng mắc thường gặp là tăng huyết áp (58%), bệnh mạch vành (41%), bệnh thận mạn (41%), đái tháo đường (29%) và thiếu máu (29%) [8]. Các bệnh đồng mắc rất thường gặp ở bệnh nhân suy tim và có liên quan đến độ nặng của suy tim. Nghiên cứu của Deursen cho thấy 74% bệnh nhân suy tim có ít nhất một bệnh đồng mắc [8]. Mặc dù bệnh đồng mắc có thể gây ra suy tim, tự bản thân suy tim cũng có thể là một nguyên nhân của nhiều bệnh đồng mắc.

Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khó thở khi gắng sức và khó thở kịch phát về đêm là các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của suy tim với tỷ lệ lần lượt là 53,8% và 36,5%. Các triệu chứng sung huyết, khó thở khi nằm, nhịp tim nhanh và giảm tưới máu ngoại biên ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 36,0%, 24,4%, 8,7% và 3,3%. Nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Liên ghi nhận các triệu chứng lâm sàng của suy tim mạn tính thường gặp bao gồm mệt mỏi (98,4%), khó thở (96,7%), nhịp tim nhanh (76,4%), ho về đêm (65%), phù (55,2%), ran phổi (43,9%), tiểu ít (42,3%), gan to (39%), tĩnh mạch cổ nổi (36,6%) [2].

Đa số các bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi có phân độ NYHA II (51,2%) hoặc NYHA III (44,6%). Các nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Liên và Phạm Thanh Phong cũng ghi nhận kết quả tương tự với phần lớn các bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu thuộc phân độ NYHA II hoặc NYHA III [2],[3]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Liên và Phạm Thanh Phong ghi nhận tỷ lệ suy tim có phân độ NYHA III nhiều hơn NYHA II. Trong nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Liên, tỷ lệ suy tim phân độ NYHA III và NYHA II lần lượt là 60,2% và 37,4%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thanh Phong lần lượt là 39,7% và 28,8%. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân suy tim nội trú và ngoại trú trong khi nghiên cứu của hai tác giả trên chỉ thực hiện trên bệnh nhân nội trú. Các bệnh nhân nội trú thường nhập viện vì các triệu chứng suy tim tiến triển nặng nên thường có phân độ suy tim nặng

hơn. Nghiên cứu của Deursen cũng ghi nhận phần lớn bệnh nhân suy tim có phân độ NYHA II hoặc NYHA III với tỷ lệ lần lượt là 56% và 26% [8].

Đặc điểm cận lâm sàng. Trên siêu âm tim, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có phân suất tống máu thất trái (LVEF) trung bình là $36,5 \pm 11,1$; trong đó bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái (LVEF) giảm < 40% chiếm đa số với tỷ lệ 63,1%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Phạm Thanh Phong ghi nhận đa số bệnh nhân suy tim có LVEF < 44% chiếm tỷ lệ 68% [3]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Liên ghi nhận 61% bệnh nhân suy tim có LVEF < 50% [2].

Thuốc điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thuốc điều trị suy tim chủ yếu được sử dụng là lợi tiểu kháng aldosterone (56,2%), chẹn thụ thể angiotensin II (55,6%), chẹn beta (52,4%) và lợi tiểu quai (39,6%). Trong khi đó, thuốc nitrate và ức chế men chuyển được sử dụng ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 33,2% và 27,2%. Các thuốc điều trị suy tim khác như sacubitril /valsartan, digoxin, ivabradine được sử dụng với tỷ lệ thấp. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin (ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc sacubitril/valsartan) là 85,9%. Nếu chỉ xét 3 nhóm thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin, chẹn beta và kháng aldosterone thì tỷ lệ bệnh nhân sử dụng 1 trong 3 thuốc, 2 trong 3 thuốc, cả 3 thuốc lần lượt là 16,9%, 46,6% và 28,1%.

Điều này phù hợp với hướng dẫn điều trị suy tim của Hội tim Châu Âu với 3 nhóm thuốc hàng đầu là ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II, chẹn beta và lợi tiểu kháng aldosterone [1]. Chẹn thụ thể angiotensin II ít tác dụng phụ và dễ dung nạp hơn so với ức chế men chuyển nên thường được sử dụng nhiều hơn trên lâm sàng. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp khi so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của Deursen, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc chẹn beta, lợi tiểu quai và lợi tiểu kháng aldosterone lần lượt là 89%, 87%, 83% và 44% [8]. Nghiên cứu CHAMP-HF tại Hoa Kỳ ghi nhận tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II/ARNI, chẹn beta và lợi tiểu kháng aldosterone trên bệnh nhân suy tim lần lượt là 73,4%, 67,0% và 33,4%. Nghiên cứu này cũng cho thấy trong số các bệnh nhân được điều trị suy tim, 83% bệnh nhân dùng thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II, 86% bệnh

nhân dùng ARNI, 72% bệnh nhân dùng chẹn beta và 23% bệnh nhân dùng lợi tiểu kháng aldosterone không đạt liều đích điều trị theo các khuyến cáo [5]. Điều này cho thấy các bác sĩ lâm sàng còn chưa quan tâm và thường bỏ qua việc tối ưu hóa điều trị suy tim nhằm cải thiện tỷ lệ tử vong dài hạn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 313 bệnh nhân suy tim mạn, chúng tôi rút ra một số kết quả sau: Nguyên nhân hàng đầu gây suy tim là bệnh mạch vành. Bệnh nhân suy tim thường có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc. Khó thở khi gắng sức và khó thở kịch phát về đêm là các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của suy tim. Phần lớn bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm nhưng tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị suy tim theo khuyến cáo còn thấp trong nghiên cứu của chúng tôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., et al. (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 Heart J, 37(27), 2129-2200.

2. Trần Thị Mỹ Liên, Văn Thị Ngọc Uyên, Ngô Đình Dũng và cs (2012), "Một số đặc điểm suy tim mạn tính tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2010 - 09/2011". Y học TP. Hồ Chí Minh, 16(1), 70 - 75.
3. Phạm Thanh Phong, Võ Thị Thùy An, Nguyễn Thị Hồng Huế (2012), "Khảo sát nồng độ BNP huyết tương ở các bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ". Y học TP. Hồ Chí Minh, 16(2), 94-100.
4. Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler, J., et al. (2014), "The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries". J Am Coll Cardiol, 63(12), 1123-1133.
5. Greene, S. J., Butler, J., Albert, N. M., et al. (2018), "Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry". J Am Coll Cardiol, 72(4), 351-366.
6. Lawson, C. A., Solis-Trapala, I., Dahlstrom, U., et al. (2018), "Comorbidity health pathways in heart failure patients: A sequences-of-regressions analysis using cross-sectional data from 10,575 patients in the Swedish Heart Failure Registry". PLoS Med, 15(3), e1002540-e1002540.
7. Reyes, E. B., Ha, J. W., Firdaus, I., et al. (2016), "Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care". Int J Cardiol, 223, 163-167.
8. van Deursen, V. M., Urso, R., Laroche, C., et al. (2014), "Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey". Eur J Heart Fail, 16(1), 103-111.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ hs-CRP HUYẾT TƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Trương Đình Cẩm*, Huỳnh Thị Anh Đào**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm nồng độ hs-CRP huyết tương, một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Bệnh viện quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được nhập viện và điều trị tại khoa tim mạch bệnh viện 175 từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019. **Kết quả:** Nam giới chiếm 44,9%, nữ giới 55,1%. Tuổi trung bình là 60,8±12,12. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 3,12±2,29 năm. Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm bao gồm hút thuốc lá (11%), hoạt động thể lực ít (66,1%), thừa cân-béo phì (45,8%), tăng huyết áp (67,8%) và rối loạn lipid máu (73,7%). Số

bệnh nhân có trên 1 yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao, trong đó bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ (29,66%), có 3 yếu tố nguy cơ là cao nhất (36,44%) và có 4 yếu tố nguy cơ (21,18%). Giá trị trung bình nồng độ hs-CRP là 7,66±18,98 mg/dl, cao hơn có ý nghĩa so với giá trị tham chiếu người bình thường với p<0,05. Nhóm bệnh nhân có nồng độ hs-CRP trên 3mg/dl (tương ứng nguy cơ tim mạch cao) chiếm tỉ lệ cao nhất (36,44%). **Kết luận:** Nồng độ hs-CRP huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao hơn so với giá trị tham chiếu người bình thường. Nhóm bệnh nhân có nồng độ hs-CRP trên 3 mg/dl chiếm tỉ lệ chủ yếu. Đồng thời, ở các bệnh nhân này thường đi kèm nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ tim mạch, Đái tháo đường typ 2.

SUMMARY

STUDY ON hs-CRP PLASMA CONCENTRATIONS AND SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

*Bệnh viện 175, Bộ Quốc Phòng

**Bệnh viện huyện Hòa Thành, Tây Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

Objectives: Survey hs-CRP plasma concentrations and some cardiovascular risk factors in type 2 diabetic patients treated at Military Hospital 175. **Methods and Subjects:** A cross-sectional description study. 118 patients with type 2 diabetes were treated at Cardiovascular Department of Military Hospital 175 from April 2018 to March 2019. **Results:** Men accounted for 44.9%, women 55.1%. The average age was $60,8 \pm 12,12$. The average duration of disease was $3,12 \pm 2,29$ years. The associated cardiovascular risk factors accounted for a high proportion, including smoking (11%), low physical activity (66.1%), overweight-obesity (45.8%), and hypertension (67.8%) and dyslipidemia was the highest proportion (73.7%). The number of patients with more than 1 risk factor was common, in which the patient with 2 risk factors (29.66%), 3 risk factors was highest (36.44%) and 4 risk factors (21.18%). The average value of hs-CRP concentration is $7,66 \pm 18,98$ mg/dl, and it was significantly higher than reference value with $p < 0,05$. The group of patients with hs-CRP levels above 3 mg/dl (corresponding to high cardiovascular risk) accounted for the highest proportion (36.44%). **Conclusions:** Plasma hs-CRP concentration in patients with type 2 diabetes was higher than that of normal people, and patients with hs-CRP above 3 mg/dl were majority. At the same time, these patients often had many other cardiovascular risk factors.

Key words: Cardiovascular risk factors, Type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, đái tháo đường (ĐTĐ) týp 2 đã trở thành gánh nặng trên toàn cầu. Bệnh nhân (BN) ĐTĐ có nguy cơ mắc bệnh động mạch vành (ĐMV) cao gấp 2 - 4 lần so với người không bị ĐTĐ. Đồng thời, tỉ lệ tử vong do biến cố tim mạch là nguyên nhân hàng đầu ở BN ĐTĐ, trong đó biến cố tim mạch và đột quỵ não do tăng tình trạng xơ vữa động mạch (XVĐM) là chủ yếu [4], [5]. Yếu tố viêm, rối loạn chức năng tế bào nội mô và mất cân bằng quá trình đông máu có vai trò quan trọng trong XVĐM và làm tăng nguy cơ tử vong tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Hs-CRP là một chất chỉ điểm sinh học và được xem là yếu tố nguy cơ độc lập tiên đoán bệnh tim mạch [1], [6]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm nồng độ hs-CRP huyết tương và một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Quân Y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 118 BN ĐTĐ týp 2 tuổi từ 18 trở lên vào điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175 trong thời gian từ tháng 04/2018 đến 03/2019.

***Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** - Theo tiêu chuẩn của Hội đồng chuyên gia về chẩn đoán và phân loại bệnh đái tháo đường

týp 2 thuộc Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association - ADA) 2014.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không được chẩn đoán ĐTĐ týp 2.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh lý viêm tăng CRP:

+ Bệnh mạch vành cấp hoặc mạn.

+ Các bệnh tại tim: viêm cơ tim, suy tim, viêm mạc trong tim.

+ Đột quỵ, viêm tắc động mạch, viêm thành mạch dị ứng.

+ Thấp khớp cấp, viêm khớp dạng thấp, bệnh hệ thống.

+ Viêm gan virus cấp, đợt cấp viêm gan mạn, vàng da tắc mật.

+ Bệnh thận mạn.

+ Những tình trạng nhiễm trùng cấp tính: viêm phổi, viêm ở tai, mũi, họng, cơ xương, màng não...

***Định lượng hs-CRP (mg/L)** bằng phương pháp đo miễn dịch độ đục trên máy AU-640 của hãng OLYMPUS tại khoa sinh hóa bệnh viện Quân y 175, sử dụng ngưỡng cắt của nồng độ CRP (cut-off volume).

+ Nồng độ CRP < 1mg/L: ngưỡng cắt thấp.

+ Nồng độ CRP từ 1 - 3 mg/L: ngưỡng cắt trung bình.

+ Nồng độ CRP > 3 mg/L: ngưỡng cắt cao.

Phân tầng nguy cơ tim mạch dựa vào nồng độ hs-CRP theo khuyến cáo của Hội tim mạch Hoa Kỳ 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Xử lý số liệu: Nghiên cứu được nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2016 và được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm phân bố tuổi, giới.

Giới	Nam	Nữ	p
n	53	65	<0,05
%	44,9	55,1	
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	57,77±13,71	63,26±10,1	
	60,8±12,12		

Nhận xét: Nam giới chiếm tỉ lệ 44,9%, nữ giới 55,1%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 60,8 $\pm$ 12,12, tuổi trung bình nam giới thấp hơn tuổi trung bình nữ giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này không có sự khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác.

Bảng 2. Đặc điểm thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường

Thời gian phát hiện ĐTĐ (năm)	Nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 118)	
	n	%
< 1	25	21,2
1 - 5	79	66,9
> 5	14	11,9
$\bar{x} \pm SD$	3,12 $\pm$ 2,29	

Nhận xét: Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 3,12 $\pm$ 2,29 năm, trong đó nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 1 đến 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,9%, còn nhóm

phát hiện bệnh trên 5 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất với 11,9%.

Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Tuấn và cộng sự (2015) có thời gian phát hiện bệnh chủ yếu là dưới 1 năm với 45,1%, có thể là do các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao hơn do đó thời gian phát hiện bệnh cũng cao hơn[2]. Tuy nhiên kết quả lại khá tương đồng so với một số nghiên cứu ngoài nước như nghiên cứu của Verma và cộng sự năm 2016, tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh từ 2 đến 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất với 18/46 (39,1%)[9].

Bảng 3. Đặc điểm đường máu lúc đói và HbA_{1c}

Thông số	Min - Max	$\bar{x} \pm SD$	Tham chiếu	One sample T-test
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	2,8 – 34,6	11,35 $\pm$ 6,15	4,1 – 5,9	<0,05
HbA _{1c} (%)	4,9 – 14,6	8,07 $\pm$ 2,4	4 - 6	<0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình đường máu lúc đói là 11,35 $\pm$ 6,15mmol/l và giá trị trung bình HbA_{1c} là 8,07 $\pm$ 2,4%. Khi so sánh với các giá trị tham chiếu thì các giá trị trung bình đều cao hơn có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Qua các kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng sự kiểm soát đường máu ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2 này chưa được tối ưu, còn cao hơn mục tiêu điều trị rất đáng kể. Khi so sánh với các giá trị tham chiếu của người bình thường thì 2 chỉ số này đều cao hơn rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả của chúng tôi cũng khá phù hợp với các nghiên cứu trong nước như của tác giả Trần Thị Trúc Linh năm 2016 và Trần Thanh Sang và cộng sự năm 2014 [3],[4].

3.2. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch.

Bảng 4. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc lá	13	11
Uống rượu bia nhiều	4	3,4
Hoạt động thể lực ít	78	66,1
Thừa cân, béo phì (BMI>23)	54	45,8
Tăng huyết áp	80	67,8
Rối loạn lipid máu	87	73,7

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm chiếm tỉ lệ khá cao, trong đó hút thuốc lá chiếm 11%, hoạt động thể lực ít chiếm 66,1%, thừa cân-béo phì chiếm 45,8%, tăng huyết áp chiếm 67,8% và rối loạn lipid máu chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,7%.

Kết quả trên cho thấy, tỉ lệ các yếu tố tim mạch kèm theo ở những bệnh nhân đái tháo đường là rất thường gặp. Nhận định này cũng

tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh [4]. Điều này đặt ra vấn đề cần phải điều trị toàn diện cả các yếu tố nguy cơ tim mạch khác và đây cũng có thể được xem là khó khăn và thử thách trong quản lý điều trị bệnh đái tháo đường.

Bảng 5. Đặc điểm về số yếu tố nguy cơ tim mạch

Số yếu tố nguy cơ	n	%
1	14	11,86
2	35	29,66
3	43	36,44
4	25	21,18

Nhận xét: Số bệnh nhân có trên 1 yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao, trong đó bệnh nhân có 3 yếu tố nguy cơ là cao nhất với 36,44%, có 2 yếu tố nguy cơ là 29,66% và có 4 yếu tố nguy cơ là 21,18%. Kết quả này càng làm củng cố nhận định của chúng tôi về đa yếu tố nguy cơ tim mạch đã nêu ở trên.

3.3. Đặc điểm nồng độ hs-CRP huyết tương.

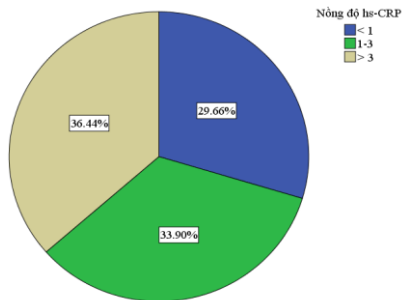
Bảng 5. Đặc điểm nồng độ hs-CRP huyết tương

Giá trị	hs-CRP (mg/L)	Giá trị tham chiếu	One sample t-test
Min-Max	0,09-164,93		
$\bar{x} \pm SD$	7,66 $\pm$ 18,98	0 – 1	<0,05

Nhận xét: Giá trị nồng độ hs-CRP thấp nhất là 0,09mg/dl, cao nhất là 164,93mg/dl, giá trị trung bình là 7,66 $\pm$ 18,98mg/dl. Khi so sánh với giá trị tham chiếu người bình thường thì nồng độ hs-CRP huyết tương cao hơn có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Dừa và cộng sự (2017), nồng độ hs-CRP huyết thanh của nhóm bệnh

nhân ĐTD² típ 2 cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($4,19 \pm 1,55$ mg/L so với $1,49 \pm 1,13$ mg/L; $p < 0,01$) [1]. Kết quả nghiên cứu của Trần Thanh Sang và cộng sự (2014) cũng thấp hơn so với kết quả của chúng tôi với giá trị trung bình hs-CRP ở những bệnh nhân đái tháo đường không bệnh lý tim mạch là 1 mg/L ($0,41 \pm 2,6$) [3]. Khi so sánh với các nghiên cứu ngoài nước, chúng tôi cũng thấy rằng kết quả của chúng tôi cao hơn, như kết quả nghiên cứu của Roopakala và cộng sự (2012), giá trị trung bình hs-CRP là $4,57 \pm 3,95$ mg/L [7]. Sự khác biệt này có thể do sự lựa chọn các đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu cũng như sự khác nhau về phương pháp định lượng hs-CRP giữa các nghiên cứu. Tuy vậy, các nghiên cứu đều cho kết quả nhất quán đó là, nồng độ hs-CRP ở bệnh nhân đái tháo đường luôn cao hơn so với bệnh nhân không đái tháo đường. Kết quả của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự như nhận định trên khi so sánh giá trị của nồng độ hs-CRP huyết tương với giá trị tham chiếu của người bình thường, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân nhóm nồng độ hs-CRP

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có nồng độ hs-CRP > 3mg/dl (tương ứng nguy cơ tim mạch cao) chiếm tỉ lệ cao nhất với 36,44%, tiếp đến là nhóm có nồng độ từ 1–3mg/dl (tương ứng nguy cơ tim mạch mức độ trung bình) chiếm 33,9%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu trong nước. Theo nghiên cứu của Trần Thanh Sang và cộng sự (2014), với điểm cắt là trên 3 mg/L đối với hs-CRP, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng tăng hs-CRP ở mức nguy cơ cao biến cố tim mạch lần lượt là 21,7% [3].

Tuy nhiên, kết quả này trong nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương là 60%. Khi so sánh với các nghiên cứu ngoài nước, kết quả của chúng tôi cho kết quả thấp hơn. Nghiên cứu của Schnell và cộng sự (2013), tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ tim mạch cao với hs-CRP > 3 mg/L là 55,3%, còn bệnh nhân có nguy cơ tim mạch mức độ trung bình với hs-CRP từ 1 -3 mg/L là 33,7% [8]. Nghiên cứu của Manhajana và

cộng sự (2009), tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao là 66% [5]. Qua các kết quả này chúng tôi nhận thấy rằng, phân tầng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 theo khuyến cáo của Hội tim mạch Hoa Kỳ là ở mức rất cao. Do đó, việc phòng ngừa và điều trị tích cực là điều rất quan trọng nhằm làm giảm các biến chứng trên mạch máu lớn cũng như mạch máu nhỏ ở bệnh nhân đái tháo đường.

IV. KẾT LUẬN

- Nồng độ hs-CRP huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao hơn so với giá trị tham chiếu người bình thường.

- Nhóm bệnh nhân với hs-CRP > 3 mg/dl chiếm tỉ lệ chủ yếu và thường có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch khác đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Thị Dừa, Trần Thừa Nguyên, Trần Huy Hoàng, cs. (2017), "Nghiên cứu mối tương quan giữa nồng độ hs-CRP huyết thanh với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2", Chuyên đề đái tháo đường, Hội nội tiết đái tháo đường Việt Nam.
2. Lê Đình Tuấn, Nguyễn Thị Hồ Lan, Trần Thị Thanh Hóa, cs. (2015), "Nghiên cứu nồng độ Glucagon-like peptide 1 ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2", Tạp chí y dược học quân sự, 9.
3. Trần Thanh Sang, Nguyễn Thị Bích Đào (2014), "hs-CRP và Fibrinogen ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không bệnh lý tim mạch", Tạp chí nghiên cứu y học, Y học TP Hồ Chí Minh, 18(4/2014), tr.53-59.
4. Trần Thị Trúc Linh (2016), "Nghiên cứu mối liên quan giữa biểu hiện tim với mục tiêu theo khuyến cáo ESC-EASD ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp", Luận án tiến sĩ y học.
5. Mahajan A., Jaiswal A., Tabassum R., et al. (2012), "Elevated levels of C-reactive protein as a risk factor for metabolic syndrome in Indians", Atherosclerosis, 220(1), 275-81.
6. Pan An, Wang Yeli, Yuan Jian-Min, et al. (2017), "High-sensitive C-reactive protein and risk of incident type 2 diabetes: a case-control study nested within the Singapore Chinese Health Study", BMC Endocrine Disorders, 17(1), 8.
7. Roopakala M, Pawan H, Krishnamurthy U, et al. (2012), "Evaluation of high sensitivity reactive protein and glycated hemoglobin levels in diabetic nephropathy", Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 23(2), 286-289.
8. Schnell Oliver, Amann-Zalan Ildiko, Jelsovsky Zhihong, et al. (2013), "Changes in A1C Levels Are Significantly Associated With Changes in Levels of the Cardiovascular Risk Biomarker hs-CRP: Results from the SteP study", Diabetes Care, 36(7), 2084-2089.
9. Verma Meena, Paneri Sangeeta, Badi Preetha, et al. (2006), "Effect of increasing duration of diabetes mellitus type 2 on glycated hemoglobin and insulin sensitivity", Indian journal of clinical biochemistry : IJCB, 21(1), 142-146.

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ 2-5 TUỔI SUY DINH DƯỠNG ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2019

Trà Thị Thanh Vân¹, Nguyễn Đình Tuyên¹ và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng (SDD) và thiếu máu ở trẻ 2-5 tuổi vẫn phổ biến ở mức ý nghĩa sức khỏe cộng đồng trên nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt (TMTS) và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến TMTS ở trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng (SDD) đến khám tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trẻ từ 2-5 tuổi được chẩn đoán SDD đến khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi từ 07/2019 đến 20/10/2019. **Kết quả:** Có 147 trẻ có SDD. Tỉ lệ thiếu máu là 85% với nồng độ Hemoglobin trung bình là $10,1 \pm 1,3$ mg/dl. Trong đó có 26,5% trẻ có TMTS. Tỉ lệ TMTS ở trẻ SDD nhẹ cân, thấp còi, gầy còm, phối hợp 2 thể SDD, phối hợp 3 thể SDD lần lượt là 0%, 23,5%, 20%, 34,8%, và 33,3%. Các yếu tố liên quan TMTS là trẻ sống vùng núi, hải đảo, người dân tộc thiểu số, trẻ được bú mẹ sau 1 giờ đầu sau sinh, trẻ được cho ăn dặm không đúng, ăn không đủ 4 nhóm thực phẩm, trẻ không được xổ giun định kì, trẻ tiêu chảy cấp trong vòng 2 tuần qua. **Kết luận:** Tỉ lệ thiếu máu ở trẻ SDD cao, đặc biệt là TMTS. Cần tăng cường công tác phòng chống và điều trị SDD và TMTS.

Từ khóa: Thiếu máu thiếu sắt, suy dinh dưỡng.

SUMMARY

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN 2-5 YEARS OF AGE WITH MALNUTRITION AT QUANG NGAI OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN THE YEAR 2019

Introduction: Malnutrition and anemia in children 2 - 5 years old are still popular in the level of public health implications in many countries in the world, including Vietnam. **Objective:** Determination of iron deficiency anemia (IDA) rate and explore the factors associated with IDA in children 2 - 5 years of age with malnutrition in Quang Ngai Pediatrics and Obstetrics Hospital. **Subject and Method:** Cross-sectional description of children between 2 and 5 years old are diagnosed with malnutrition examined and treated at Quang Ngai Pediatrics and Obstetrics Hospital from 07/2019 to 20/10/2019. **Result:** 147 children with malnutrition. The incidence of anemia is 85% with an average Hemoglobin concentration of 10.1 ± 1.3 mg/dl. Of which 26.5% of children have iron deficiency anemia. The rate of iron

deficiency anemia among underweight, stunting, wasting, coordinated 2 types of malnutrition, coordinated 3 types of malnutrition children are respectively 0%, 23.5%, 20%, 34.8%, and 33.3%. Factors related to iron deficiency anemia are children living mountains and islands, ethnic minorities, breastfed babies after 1 hour of birth, children are fed the wrong miles, not eating enough 4 groups of food, children do not get regular roundworms, children have acute diarrhea within the past 2 weeks. **Conclusion:** The incidence of anemia in children with malnutrition is high, especially iron deficiency anemia. It is necessary to strengthen the prevention and treatment of malnutrition and iron deficiency anemia.

Key words: Iron deficiency anemia, malnutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng và thiếu máu ở trẻ 2-5 tuổi vẫn phổ biến ở mức ý nghĩa sức khỏe cộng đồng trên nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam. Suy dinh dưỡng chiếm 50% của tất cả các nguyên nhân tử vong ở các nước đang phát triển. Trẻ suy dinh dưỡng thường kết hợp với thiếu một hoặc nhiều vi chất dinh dưỡng, trong đó có chất sắt. Tại Quảng Ngãi, năm 2017 tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm 34,8%.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Xác định tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt của trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng đến khám tại địa điểm nghiên cứu.

Mục tiêu 2: Tìm hiểu các yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt ở trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 12 tháng đến 60 tháng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ em từ 12 tháng đến 60 tháng tuổi có suy dinh dưỡng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

- Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ số nhân trắc dinh dưỡng [7]:

Các thể SDD được đánh giá thông qua 2 số đo nhân trắc là cân nặng, chiều cao theo giới và độ tuổi của trẻ dưới ngưỡng âm 2 độ lệch chuẩn (<-2 SD: Standard Deviation) so với quần thể tham khảo WHO-2007 do WHO công bố, áp dụng thống nhất toàn cầu.

- Chỉ số cân nặng theo tuổi (CN/T): SDD thể nhẹ cân:

¹BV Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Trà Thị Thanh Vân

Email: teathvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

Bình thường: CN/T từ -2 Zscores đến +2 Zscores
 SDD (thể nhẹ cân), CN/T < -2 Zscores; trong đó:
 + SDD thể nhẹ cân, mức độ vừa: từ -3 đến < -2 Zscores
 + SDD thể nhẹ cân, mức độ nặng: < -3 Zscores
 - Chỉ số chiều cao theo tuổi (CC/T): SDD thể thấp còi:
 Bình thường: CC/T từ -2 Zscores đến +2 Zscores.
 SDD (thể thấp còi), CC/T < -2 Zscores; trong đó:
 + SDD thể thấp còi, mức độ vừa: từ -3 đến < -2 Zscores
 + SDD thể thấp còi, mức độ nặng: < -3 Zscores
 - Chỉ số cân nặng theo chiều cao (CN/CC): SDD thể gầy còm:
 Bình thường: CN/CC từ -2 Zscores đến +2 Zscores
 SDD (thể gầy còm) CN/CC < -2 Zscores, trong đó:
 + SDD thể gầy còm, mức độ vừa: từ -3 Zscores đến < -2 Zscores
 + SDD thể gầy còm, mức độ nặng: < -3 Zscores
 - Xác định thiếu máu thiếu sắt:
 + Hemoglobin < 11g/dl (đối với trẻ em 12 tháng đến 5 tuổi).
 + Sắt huyết thanh < 9 µmol/L hoặc Ferritin huyết thanh < 12 ng/ml.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có bệnh mạn tính: tim bẩm sinh, bại não, bệnh huyết tán, di truyền,... Người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 2: Tỷ lệ mắc suy dinh dưỡng của trẻ

	Các thể SDD	Tần số (n=147)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)
Một thể	Nhẹ cân	11	7,5	51,0
	Thấp còi	34	23,1	
	Gầy còm	30	20,4	
Hai thể	Nhẹ cân – Thấp còi	25	17,0	44,9
	Nhẹ cân – Gầy còm	1	0,7	
	Thấp còi – Gầy còm	40	27,2	
Ba thể	Nhẹ cân – Thấp còi – Gầy còm	6	4,1	4,1
Tổng		147	100	100

- Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi, gầy còm, phối hợp 2 thể suy dinh dưỡng, phối hợp 3 thể suy dinh dưỡng lần lượt là 0%, 23,5%, 20,0%, 34,8%, và 33,3%. SDD nhẹ cân là 43 (chiếm 29,3%), thấp còi là 105 (71,4%) và gầy còm là 77 (52,4%).

- Tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt, thiếu ferritin và thiếu máu thiếu sắt

Bảng 3: Tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt, thiếu ferritin và thiếu máu thiếu sắt

Theo nhóm yếu tố		Tần số n=147	Tỉ lệ (%)
Thiếu máu	Không	22	15,0

Bảng 4: Tỷ lệ TMTS theo tuổi (n=147)

Nhóm tuổi trẻ	Thiếu máu thiếu sắt				p
	Có	%	Không	%	
2 tuổi	27	69,2	73	67,6	0,526

Phương pháp thu thập số liệu: Chọn liên tiếp các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được phân tích bởi phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Thời gian nghiên cứu: tháng 07/2019 đến 20/10/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 7 đến 20/10/2019, tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi có 147 trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng đủ tiêu chuẩn phân tích.

1. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt của trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

- **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Theo nhóm yếu tố		Tần số n=147	Tỉ lệ (%)
Tuổi	12 tháng–23 tháng	100	68,0
	24 tháng–35 tháng	24	16,3
	36 tháng–47 tháng	20	13,6
	47 tháng–60 tháng	3	2,1
Giới tính	Nam	78	53,1
	Nữ	69	46,9
Khu vực sống	Đồng bằng	97	66,0
	Miền núi, hải đảo	50	34,0

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng

(Hb)	Có	125	85,0
Thiếu sắt	Không	108	73,5
	Có	39	26,5
Thiếu ferritin	Không	131	89,1
	Có	16	10,9
Thiếu máu thiếu sắt	Không	108	73,5
	Có	39	26,5

Nhận xét: Trong số 147 trẻ 12 tháng đến 60 tháng suy dinh dưỡng có 125 trẻ thiếu máu, chiếm 85,0%. Có 39 trẻ thiếu sắt chiếm 26,5% và 16 trẻ thiếu ferritin chiếm 10,9%. Tỷ lệ trẻ thiếu máu thiếu sắt là 26,5%.

- Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt theo tuổi

3 tuổi	5	12,8	19	17,6
4 tuổi	7	18,0	13	12,0
5 tuổi	0	0	3	2,8

Nhận xét: Tỷ lệ TMTS cao nhất ở trẻ 2 tuổi. Có sự khác biệt về tỷ lệ TMTS ở các lứa tuổi trẻ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

2. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng:

Bảng 5: Các yếu tố liên quan TMTS

Yếu tố	n=147	%	χ^2	p
Khu vực sống: Đồng bằng	12	12,4	29,333	<0,001
Miền núi hải đảo	27	54,0		
Dân tộc: Kinh	18	16,8	19,014	<0,001
Đồng bào DTTS	21	52,5		
Hành vi cho bú sau sinh: Ngay giờ đầu	10	16,7	5,061	0,024
Khác	29	33,3		
Hành vi cho ăn dặm: Sau 6 tháng	21	19,8	8,803	0,003
Khác	18	43,6		
Hành vi cho ăn hàng ngày: Đủ 4 nhóm TP	6	11,5	9,278	0,002
Không đủ	33	34,7		
Uống thuốc xổ giun: Có	2	5,2	12,475	0,001
Không	37	34,3		
Nhiêm khuẩn hô hấp cấp: Có	9	27,3	0,012	0,913
Không	30	36,3		
Tiêu chảy cấp: Có	13	40,6	4,169	0,041
Không	26	22,6		

Nhận xét: Các yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt là trẻ sống vùng núi, hải đảo, người dân tộc thiểu số, trẻ được bú mẹ sau 1 giờ đầu sau sinh, trẻ được cho ăn dặm không đúng, ăn không đủ 4 nhóm thực phẩm, trẻ không được xổ giun định kỳ, trẻ tiêu chảy cấp trong vòng 2 tuần qua làm tăng nguy cơ thiếu máu thiếu sắt.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt của trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng SDD các thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt là 7,5%, 23,1% và 20,4%, phối hợp 2 thể SDD là 44,9%, 3 thể SDD là 4,1% trong tổng số 147 trẻ tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ của chúng tôi tương tự các nghiên cứu khác như của Nguyễn Anh Vũ^[8] là 7,6%, 29,4% và 3%, của Thorne và cộng sự^[6] là 3,7%, 21,8% và 9,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể SDD phối hợp cao là do nghiên cứu chỉ thu thập số liệu trên các trẻ có SDD đến khám và điều trị tại bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi, tất cả trẻ này mắc ít nhất một thể SDD hoặc nhiều thể SDD phối hợp. Trong khi đó, các nghiên cứu kể trên là các nghiên cứu trong cộng đồng trẻ khỏe mạnh, tần suất SDD thấp hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ thiếu máu nói chung ở bệnh nhân suy dinh dưỡng là 85,0%, đây là một con số rất lớn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Thorne và cộng sự^[6] với tỷ lệ thiếu máu ở trẻ SDD là 80,2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Rin Keo và cộng sự^[3] tại Campuchia, nhóm tác giả này chỉ ra tỷ lệ

thiếu máu ở trẻ dưới 24 tháng tuổi là 59,0%. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của các tác giả này bao gồm cả trẻ có và không có suy dinh dưỡng. Cũng trong nghiên cứu này, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ thiếu máu cao gấp 1,8 lần so với trẻ không có thiếu máu.

Tỷ lệ TMTS của trẻ 12 tháng đến 60 tháng có suy dinh dưỡng đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi là 26,5%. Kết quả này gần tương đương với một số nghiên cứu trước đây. Tác giả Nguyễn Thị Thu Hà^[2] nghiên cứu trên 500 bệnh nhi đến khám ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017 thấy có 19,8% trẻ bị TMTS.

2. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ 2-5 tuổi có suy dinh dưỡng

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tỷ lệ TMTS ở trẻ em đồng bằng thấp hơn nhiều so với trẻ em sống ở khu vực miền núi và hải đảo. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu quốc gia của Viện dinh dưỡng năm 2014 – 2015. Điều này có thể giải thích vì trẻ em khu vực đồng bằng được nuôi dưỡng tốt hơn do phát triển kinh tế xã hội cao hơn so với trẻ em khu vực miền núi hải đảo. Sống ở vùng đồng bằng còn giúp các bé tiếp cận dễ dàng với các dịch vụ y tế ngay khi bé bị các bệnh nhẹ, nhờ đó tránh bị bệnh nặng,

bệnh kéo dài có thể gây biến chứng suy dinh dưỡng và thiếu vi chất.

Tỉ lệ TMTS ở nhóm trẻ DTTS là 52,5%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ người Kinh 16,84%. Kết quả này có thể là do đời sống kinh tế xã hội đồng bào DTTS còn khó khăn, trình độ dân trí không đồng đều; phong tục, tập quán lạc hậu, đặc biệt là quan niệm về hôn nhân gia đình như tình trạng tảo hôn, nguồn lực cho hoạt động dinh dưỡng hạn hẹp; mức hỗ trợ cho cộng tác viên dinh dưỡng thấp; đội ngũ cán bộ làm công tác dinh dưỡng thiếu, chất lượng cán bộ hạn chế, công tác truyền thông về dinh dưỡng cho cộng đồng mới chỉ tập trung vào bà mẹ và trẻ em, các đối tượng khác chưa được quan tâm.

Tỉ lệ trẻ được bú mẹ trong giờ đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,8%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Anh Vũ^[8] là 57,6%. Điều này cho thấy tỉ lệ thực hành bú mẹ sớm của các bà mẹ trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi còn thấp. Tỉ lệ trẻ TMTS trong nhóm trẻ được cho bú mẹ ngay trong giờ đầu sau sinh là 16,84%, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại 33,3%. Bú sữa mẹ trong giờ đầu giúp trẻ nhận được sữa non, thức ăn đầu tiên của sự sống, rất giàu các yếu tố bảo vệ, giúp trẻ chống lại các bệnh lý tiêu chảy, nhiễm trùng, tăng tỉ lệ trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Tiếp xúc da kề da sớm giúp tăng khả năng trẻ được bú mẹ sớm, và tăng tỉ lệ trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 3–4 tháng đầu, tăng tình cảm mẹ con, trẻ ít khóc hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 21 trẻ trong số 106 trẻ cho ăn dặm sau 6 tháng mắc TMTS (chiếm 19,8%) và tỉ lệ này ở nhóm ăn không đúng là 43,9%. Nguy cơ TMTS trong nhóm ăn đầy đủ thấp hơn 32% so với nhóm ăn không đúng và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Có 6 trẻ trong 52 trẻ được ăn đầy đủ 4 nhóm thực phẩm hàng ngày mắc TMTS (chiếm 11,5%) và tỉ lệ này ở nhóm ăn không đủ nhóm là 34,7%. Nguy cơ TMTS trong nhóm ăn đầy đủ thấp hơn 25% so với nhóm trẻ ăn không đủ nhóm. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà^[2] khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017. Nghiên cứu của Đinh Kim Điệp, Phạm Trung Kiên^[1] về thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân dưới 5 tuổi tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên cũng ghi nhận những trẻ thiếu sữa mẹ, cho ăn bổ sung sớm cũng dễ mắc thiếu máu thiếu sắt gấp từ 2,94 đến 6,03 lần những trẻ khác. Điều này được giải thích là do trẻ từ 6 tháng tuổi cơ thể tiếp tục lớn

nhanh, nhu cầu sắt rất cao để đáp ứng sự phát triển và tái lập dự trữ. Lượng sắt cần hấp thu để đáp ứng nhu cầu cho trẻ hàng ngày (theo tổ chức y tế thế giới) khoảng 1mg/ngày. Tuy nhiên, khi trẻ được ăn dặm sớm dẫn đến thiếu nguồn sữa mẹ, không đúng chất dinh dưỡng, thiếu thức ăn nguồn động vật, ăn bột quá nhiều kéo dài, thiếu dinh dưỡng lượng sắt cung cấp sẽ không đủ.

Chúng tôi ghi nhận nguy cơ TMTS trong nhóm trẻ được xổ giun thấp hơn nhóm chưa từng uống thuốc xổ giun là 11%. Nghiên cứu của Trần Thị Lan^[4] cũng cho thấy ở nhóm kết hợp tẩy giun với bổ sung đa vi chất như kẽm, sắt, vitamin A, C giảm tỉ lệ thiếu máu cao nhất với 67,3%. Nhóm không tẩy giun, không bổ sung đa vi chất chỉ giảm tỉ lệ thiếu máu với 27,2%. Kết quả này cũng được giải thích là do khi bị giun lưu hành trong cơ thể, chúng có thể gây bệnh cho cơ thể theo 4 cơ chế tác động nhiễm độc và dị ứng; tác động sinh học; tác động cơ học và gây suy dinh dưỡng, đặc biệt đối với giun móc sẽ bám vào niêm mạc ruột để hút máu gây nên tổn thương bệnh học chủ yếu ở tá tràng và hệ tạo máu dẫn đến thiếu máu thiếu sắt nhiều hơn. WHO khuyến cáo tẩy giun cho trẻ từ 12 tháng. Bộ Y tế cũng đã có hướng dẫn bổ sung vitamin A cho trẻ 6 – 60 tháng kết hợp với tẩy giun cho trẻ 12 – 60 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiêu chảy cấp trong 2 tuần qua làm tăng nguy cơ TMTS, trong khi NKHC không làm tăng nguy cơ TMTS. Một số nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa tiêu chảy cấp và nhiễm khuẩn hô hấp cấp với TMTS. Thiếu máu thiếu sắt gây đáp ứng miễn dịch bất thường và làm tăng nguy cơ NKHC, viêm dạ dày ruột cấp ở trẻ. Bổ sung sắt ở những trẻ này làm giảm nguy cơ NKHC và viêm dạ dày ruột cấp tái phát. Hepcidin là chất điều hòa chính của quá trình chuyển hóa sắt, cung cấp những hiểu biết mới về sinh lý bệnh học của TMTS. Hepcidin điều chỉnh sự hấp thu sắt tá tràng và phân phối sắt mô để đáp ứng với các tín hiệu cạnh tranh liên quan đến tình trạng sắt và nhiễm trùng/viêm. Hepcidin tăng trong đáp ứng giai đoạn cấp tính, giúp hạn chế lượng sắt cần thiết đối với các vi sinh vật gây bệnh và tăng mạnh trong NKHC và sốt. Tiêu chảy cấp không làm tăng Hepcidin. Các quá trình viêm dù rất nhỏ, đặc biệt trong NKHC, làm tăng nồng độ Hepcidin, góp phần gây ra TMTS ở trẻ em. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan này^[5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự liên quan giữa các thể SDD và TMTS. Tuy

nhiên, nghiên cứu của Nicolai Petry và cộng sự^[5] cho thấy SDD thấp còi, nhẹ cân làm tăng nguy cơ TMTS, trong khi gầy còm không có sự liên quan. Trẻ thấp còi tăng 17% nguy cơ TMTS. Trẻ SDD thiếu các vi chất và đại chất dinh dưỡng, do đó làm tăng nguy cơ TMTS. Có sự khác biệt này là do mẫu của chúng tôi nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn, cần thực hiện thêm các nghiên cứu với mẫu lớn hơn để xác định mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thiếu máu ở trẻ suy dinh dưỡng cao, đặc biệt là thiếu máu thiếu sắt. Cần tăng cường công tác phòng chống SDD, TMTS, nâng cao kiến thức, thực hành bữa ăn dinh dưỡng cho trẻ, tích cực thực hiện xổ giun định kì mỗi 6 tháng, kịp thời điều trị các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính nhằm làm giảm tỉ lệ TMTS ở trẻ SDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Kim Diệp, Phạm Trung Kiên (2010)**, Thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân dưới 5 tuổi tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên, Tạp chí Y học thực hành, **708**, 5-8.
2. **Nguyễn Thị Thu Hà (2017)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em

dưới 5 tuổi tại Bệnh viện ĐK tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

3. **Rin Keo, Phạm Duy Tường, và cs (2005)**, Tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu dinh dưỡng ở trẻ dưới 24 tháng tuổi tại 4 xã quận DongKor, Phnom Pênh, Cam pu chia, Tạp chí nghiên cứu y học, **36(3)**, 71-76.
4. **Trần Thị Lan (2013)**, Hiệu quả của bổ sung đa vi chất dinh dưỡng và tẩy giun ở trẻ em 12-36 tháng tuổi suy dinh dưỡng thấp còi người dân tộc Vân Kiều và Pakoh huyện Dakrông, tỉnh Quảng Trị, Luận án Tiến sĩ Dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội.
5. **Petry N., Jallow B., et al. (2019)**, Micronutrient Deficiencies, Nutritional Status and the Determinants of Anemia in Children 0-59 Months of Age and Non-Pregnant Women of Reproductive Age in The Gambia, Nutrients, **11(10)**.
6. **Thorne C. J., Roberts L. M., et al. (2013)**, Anaemia and malnutrition in children aged 0-59 months on the Bijagos Archipelago, Guinea-Bissau, West Africa: a cross-sectional, population-based study, Paediatr Int Child Health, **33(3)**, 151-60.
7. **Viện dinh dưỡng (2019)**, Cách phân loại và đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào Z-Score.
8. **Nguyễn Anh Vũ (2017)**, Hiệu quả bổ sung thực phẩm sẵn có đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi trẻ 12-23 tháng tuổi huyện Tiên Lữ - tỉnh Hưng Yên, Luận án Tiến sĩ Dinh Dưỡng, Viện Dinh Dưỡng.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐƯỢC TÁI THÔNG TRONG 6 GIỜ ĐẦU

Nguyễn Quang Ân*, Nguyễn Huy Ngọc*, Nguyễn Minh Hiện**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phát hiện triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh của ĐQ NMN sớm, xác định diễn biến của bệnh rất quan trọng cho quyết định điều trị bệnh, trong đó khoảng thời gian 6 giờ đầu vô cùng quan trọng và có ý nghĩa sống còn đối với BN ĐQ NMN cấp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân nhồi máu não đã tái thông trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả được thực hiện trên 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108, từ tháng 06/2016 đến tháng 07/2017. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp là: Liệt nửa người 96,5%, rối loạn ngôn ngữ 97,4% và méo miệng 92,1%, là biểu hiện chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê chiếm 74,6%. Điểm NIHSS trung bình của bệnh nhân là $16,89 \pm 7,14$ điểm. Trên hình ảnh CLVT

gặp 54,8% bệnh nhân có giảm tỷ trọng dưới vỏ, tổn thương mạch máu lớn chiếm 98,2%. Điểm ASPECT trung bình $8,30 \pm 1,52$. Hầu hết bệnh nhân có điểm ASPECT > 6 điểm. Vị trí tắc mạch: Chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt. **Kết luận:** Việc nắm vững đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát sẽ giúp cứu sống và hy vọng để lại ít di chứng nhất đang là mục tiêu hướng đến với tỷ lệ bệnh nhân hồi phục cao nhất.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, đột quỵ, nhồi máu não.

SUMMARY

CLINICAL AND CTScan OF PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE WITHIN 6 FIRST HOURS

Background: Early determination of clinical features and imagines of patients with cerebral infarction stroke as well as theirs development are important for treatment's decision, specially in the 6 first hours. These are means for patients with accurate occurrence of stroke. **Objective:** The aim of this study is characterization of clinical and paraclinical

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú thọ

**Bệnh viện quân đội 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Ân

Email: Longdangtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

features of patients with cerebral infarction stroke from its happening. **Methods:** The study has designed as a cohort study which carried out on 114 acute stroke patients at the Center of Stroke of 108 Military Central Hospital from June, 2016 to July, 2017. **Results:** The common clinical symptoms were hemiplegia (96,5%), language disorder (97,4%) and distorted mouth (92,1%), respectively, which were the reasons for hospital admissions. 74,6% of patients was changed from delirium/lethargy to coma in the level of consciousness. The average NIHSS score was $16,89 \pm 7,14$. The CT Images showed 54,8% of patients with the cortex decrease of thickness. The average ASPECT score was $8,30 \pm 1,52$. The ASPECT score of most patients was over 6 (point). The proportion of blood vessels were blocked at middle cerebral artery and lenticulostriate arteries, 53,5% and 35,1%, respectively. The major number of patients having the average collateral circulation was 71,6%, while there was only 23,5% patients having good collateral circulation. **Conclusion:** Knowing clinical and subclinical characteristics of hemorrhagic stroke patients within 6 first hours from happens will rescue patients from death and possibly reducing their sequelae.

Keywords: Clinical, paraclinical, subclinical, stroke, hemorrhagic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng cũng như hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não trong giai đoạn sớm có ý nghĩa then chốt cho việc chẩn đoán và quyết định điều trị BN ĐQ não cấp. Đối với chuyên ngành ĐQ, việc chạy đua với thời gian để cứu sống và hy vọng để lại ít di chứng nhất đang là mục tiêu hướng đến với tỷ lệ BN hồi phục cao nhất. Để làm được việc đó, bước đầu trong cả quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phục hồi cho BN ĐQ não cấp là phát hiện triệu chứng lâm sàng và hình ảnh của ĐQ NMN sớm, xác định diễn biến của bệnh rất quan trọng cho quyết định điều trị bệnh, trong đó khoảng thời gian 6 giờ đầu vô cùng quan trọng và có ý nghĩa sống còn đối với BN ĐQ NMN cấp.

Mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não đã tái thông trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Từ tháng 06/2016 đến tháng 07/2017, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108. Các BN này đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ sau.

Tiêu chuẩn chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐQ TMN cấp trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát. Dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐQ TMN cấp năm 2015 của Hội đột quỵ/Hội tim mạch Mỹ: Lâm sàng: đột ngột méo miệng, đột

ngột yếu nửa người, đột ngột nói ngọng, dấu hiệu mắt đầu; Chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang loại trừ chảy máu não; Phân loại đối tượng BN có tắc nhánh lớn (Các động mạch nhánh lớn được lựa chọn bao gồm: động mạch cảnh trong, động mạch não giữa (đoạn M1, M2), động mạch não trước (đoạn A1), động mạch não sau (đoạn P1), động mạch thân nền, động mạch đốt ống), hoặc tổn thương nhánh nhỏ (TMN cấp ổ khuyết). Phân loại NMN do hệ tuần hoàn não trước, hoặc não sau; Nếu BN có đột quỵ trước đó, điểm mRS từ 0-1; Tuổi BN ≥ 18 ; Thời gian dưới 6 giờ kể từ khi khởi phát đối với ĐQ NMN cấp; Được sự chấp thuận của người thân BN, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có NMN chảy máu, điểm mRS ≥ 2 ; Có hình ảnh u não, sán não trên chụp CLVT.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, phân tích mối liên quan.

Nội dung nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện trên 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108, nhằm xác định đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não đến viện trước 6 giờ: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cơ bản; Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính; Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của các nhóm BN NMN thường gặp.

Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện

Bảng 1. Dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng khởi phát	Số bệnh nhân (n=114)	Tỷ lệ (%)
Tê nửa người	20	17,5
Liệt nửa người	110	96,5
Méo miệng	105	92,1
Đau đầu	31	27,2
Chóng mặt	15	13,2
Nổi khó	111	97,4
Nôn, buồn nôn	10	8,8
Cơn co giật	1	0,9

Bảng 2. Điểm Glasgow khi nhập viện

Nhóm Điểm Glasgow	Số bệnh nhân (n = 114)	Tỷ lệ (%)
15 (n,%)	29	25,4
9-14 (n,%)	71	62,3
6-8 (n,%)	12	10,5
3-5 (n,%)	2	1,8
Điểm Glasgow trung bình: $11,98 \pm 2,65$		

Bảng 3. Phân loại sức cơ khi nhập viện

Sức cơ-MRC	Nhóm	Sức cơ tay n = 114(%)	Sức cơ chân n = 114(%)
0		66 (57,9)	61 (53,5)
1		16 (14,0)	19 (16,7)
2		8 (7,0)	10 (8,8)
3		20 (17,5)	19 (16,7)
4		2 (1,8)	2 (2,6)
5		2 (1,8)	2 (1,8)

Bảng 4. Điểm NIHSS khi nhập viện

Nhóm Điểm NIHSS	Số bệnh nhân (n = 114)	Tỷ lệ (%)
≤ 5	9	7,9
6 – 15	38	33,3
16 – 20	30	26,3
21 – 42	37	32,5
Trung bình	16,89 ± 7,14	
Thấp nhất	2	
Cao nhất	42	

Bảng 5. Đặc điểm huyết áp khi nhập viện

Huyết áp	Nhóm	Số bệnh nhân (n = 114)
Tâm thu (mmHg)	Trung bình	140,61 ± 25,58
	Thấp nhất	85
	Cao nhất	217
Tâm trương (mmHg)	Trung bình	81,80 ± 14,10
	Thấp nhất	48
	Cao nhất	140
Nhóm HA tâm thu (mmHg)	< 90	1 (0,9)
	90 – 139	59 (51,8)
	140 – 184	49 (43,0)
	≥ 185	5 (4,4)

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính khi bệnh nhân nhập viện

Bảng 7. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính khi nhập viện

Đặc điểm tổn thương	Số BN (n=114)	Tỷ lệ (%)
ĐM cảnh trong	40	35,1
ĐM não giữa	61	53,5
ĐM não trước	1	0,9
ĐM đốt sống	4	3,5
ĐM thân nền	6	5,3
Nhánh nhỏ ĐM não	2	1,8

Bảng 8. Đặc điểm tổn thương não sớm trên hình ảnh cắt lớp vi tính

Dấu hiệu	Nhóm	Hệ não trước n = 104 (%)
Giảm đậm độ dưới vỏ		57 (54,8)
Xóa rãnh cuộn não		35 (33,7)
Xóa ruy băng thùy đảo		36 (34,6)
Xóa mờ nhân đậu		21 (20,2)
Vùng giảm đậm độ >1/3		9 (8,7)
Dấu hiệu "tăng tỷ trọng động mạch"		12 (11,5)

Trong các BN có tổn thương mạch máu lớn, chủ yếu là hệ động mạch não trước, trong đó chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Hệ động mạch não sau gồm động mạch thân nền, động mạch đốt sống và động mạch não sau chiếm tỷ lệ không đáng kể.

Điểm ASPECT chỉ được tính cho BN có thiếu máu cấp tính vùng cấp máu ĐM não giữa bao gồm 61 BN. Trong 6 giờ đầu chỉ có 2 BN có điểm ASPECT dưới 5 điểm chiếm 3,3%. Chủ yếu là các BN có điểm ASPECT trên 6.

Đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt.

100% bệnh nhân đột quỵ não vùng chi phối của động mạch não giữa có biểu hiện liệt nửa người. Hầu hết bệnh nhân có thất ngôn, liệt dây VII trung ương. Khi khảo sát hình ảnh CLVT thấy có 60,4% nguyên nhân do tắc động mạch não giữa và 39,6% do tắc động mạch cảnh trong.

90% bệnh nhân đột quỵ não vùng chi phối của động mạch thân nền có biểu hiện thất ngôn. Có 60% bệnh nhân có rối loạn ý thức

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm triệu chứng lúc nhập viện. Xác định các triệu chứng đột quỵ não khi bệnh nhân nhập viện là để xác định tình trạng và định hướng chẩn đoán, phương pháp điều trị cho bệnh nhân đột quỵ não nhồi máu não. Chúng tôi đã hỏi bệnh nhân, người thân bên cạnh bệnh nhân và khám lâm sàng các triệu chứng nghi ngờ bệnh nhân bị đột quỵ não. Các triệu chứng được trình bày tại bảng 1. Kết quả cho thấy, Liệt nửa người chiếm 96,5%, rối loạn ngôn ngữ gấp 97,4% và méo miệng chiếm 92,1%, là biểu hiện chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê chiếm 74,6%. Các biểu hiện khác bao gồm đau đầu, chóng mặt, tê nửa người chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Kết quả của chúng tôi cũng gần giống với Lê Văn Thịnh⁽⁵⁾, là liệt nửa người gấp ở 100%, rối loạn cảm giác nửa người là 80% và rối loạn ngôn ngữ gấp ở 46,67%. Đỗ Đức Thuận và cộng sự (2017) nhận thấy liệt nặng chân tay ở các BN TMN cấp đến sớm được dùng tiêu sợi huyết chiếm tỷ lệ cao nhất là 79,24%⁽⁴⁾, theo sau đó là rối loạn ngôn ngữ chiếm 75,47% và rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ thấp hơn 35,85%; Peter Vanacker (2014) khi đánh giá các dấu hiệu lâm sàng của TMN cấp cho thấy liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất là 96%. Các triệu chứng kinh điển như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ đều được ghi nhận. Có thể lý giải điều này dựa trên đặc

điểm tổn thương chủ yếu ở bệnh nhân đột quỵ não thuộc khu vực cấp máu của động mạch não giữa nên triệu chứng của bán cầu đại não chiếm ưu thế. Động mạch não giữa cấp máu cho các vùng vỏ não quan trọng, các đường dẫn truyền thần kinh vận động cảm giác đều tập trung ở khu vực bao trong do đó triệu chứng liệt nửa người gặp nhiều trên lâm sàng. Như vậy những bệnh nhân vào viện vì lý do rối loạn cảm giác nửa người, liệt nửa người, rối loạn lời nói, hầu như chắc chắn là bị đột quỵ não, tuy nhiên cần thận trọng với những bệnh nhân chỉ đơn thuần bị chóng mặt, nôn hoặc đau đầu. Những bệnh nhân này cần được nhanh chóng đánh giá và kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định cũng như lựa chọn để điều trị thuốc tiêu huyết khối sớm.

Thang điểm NIHSS của Viện nghiên cứu sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ có ý nghĩa rất lớn khi đánh giá sớm tình trạng thần kinh của bệnh nhân điều trị tiêu huyết khối cũng như theo dõi sau điều trị. Điểm NIHSS trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là $16,89 \pm 7,14$ điểm, cao nhất là 42 điểm, thấp nhất là 2 điểm. Chủ yếu gặp BN có điểm NIHSS ≥ 6 điểm (92,1%). Tỷ lệ BN có điểm NIHSS dưới 6 chiếm tỷ lệ nhỏ khoảng 7,9%. Các nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103⁽⁴⁾, hay 108 hoặc của nước ngoài đều ghi nhận điểm NIHSS trung bình trong nghiên cứu là 17. Chúng tôi có những BN tắc động mạch thân nền, hôn mê sâu ngay khi nhập viện do vậy điểm NIHSS được ghi nhận cao nhất 42 điểm.

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính khi bệnh nhân nhập viện. Hầu hết bệnh nhân nhồi máu não được chẩn đoán trên phim chụp CT sọ não biểu hiện bằng các tổn thương giảm tỉ trọng tương ứng với vùng động mạch não chi phối, tỷ lệ có giảm đậm độ dưới vỏ chiếm 54,8%. Tỷ lệ BN có tổn thương mạch máu lớn chiếm 98,2%. Nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103 trước đó cũng ghi nhận có tới 39,62% BN không có hình ảnh tổn thương nhu mô não⁽⁴⁾. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận độ nhạy trên CLVT không tiêm thuốc dao động từ 40–73% với các BN NMN trong 6 giờ đầu, tức tỷ lệ không thấy tổn thương nhu mô não dao động từ 37 đến 60%. Tuy nhiên các tỷ lệ này có thể khác nhau tùy vào từng nghiên cứu và cách thức lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm trong dải phát hiện tổn thương so với các nghiên cứu trước đó trên thế giới. Lý giải cho kết quả này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường là những bệnh nhân tắc nhánh lớn (98,2%), lõi nhồi máu đã hình thành ngay từ rất sớm.

Các dấu hiệu tổn thương não sớm trên CLVT được chúng tôi ghi nhận bao gồm: 54,8% bệnh nhân đột quỵ đến sớm có hình ảnh giảm đậm độ dưới vỏ. Ngoài ra còn nhiều dấu hiệu tổn thương sớm được ghi nhận như xóa rãnh vỏ não, xóa vùng chất xám, chất trắng, mờ nhân đậu, mờ rãnh Sylvius. Đặc biệt hình ảnh “tăng đậm động mạch” chiếm 11,5%. Tương tự kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Bệnh viện 103⁽⁴⁾. Các dấu hiệu sớm trên hình ảnh CLVT không tiêm thuốc cản quang đã được các tác giả đề cập từ lâu và được các nhà khoa học tổng hợp lại, cập nhật thường xuyên trên trang uptodate.com. Qua đó các biểu hiện này gồm giảm tỷ trọng nhu mô não trên 1/3 vùng cấp máu của ĐM não giữa, xóa rãnh vỏ não, xóa vùng chất xám, chất trắng, mờ nhân đậu, mờ rãnh Sylvius. Các dấu hiệu này hiện tại ít được các nghiên cứu đề cập đến do có các phương tiện chẩn đoán tốt hơn, cho độ nhạy cao hơn như chụp CHT, hay chụp CLVT mạch máu. Các bài báo trước đó đều đã đăng từ những năm 2000-2005 như Wardlaw & cs năm 2005 hay Kalafut MA & cs năm 2000.

Để phát hiện sớm và chính xác các tổn thương trên phim CLVT không tiêm thuốc chúng ta có thể điều chỉnh cửa sổ trên phim, chúng ta có thể phát hiện các tổn thương kín đáo trên phim mà để nguyên không phát hiện ra. Dấu hiệu tăng tín hiệu trong lòng mạch máu mà hay gặp nhất là ở ĐM não giữa là dấu hiệu đặc biệt. Do huyết khối mới trong lòng mạch. Ý nghĩa của dấu hiệu này là chỉ điểm có tắc động mạch nhưng không có nghĩa là nhồi máu trong vùng cấp máu động mạch đó. Thường quan sát thấy ở động mạch não giữa tuy nhiên độ nhạy không cao, khoảng 30-40% trường hợp. Tăng tỷ trọng tự nhiên động mạch não giữa chỉ thấy trong 30% trường hợp, khoảng 24% trường hợp đối với động mạch cảnh trong. Đoạn xa động mạch cũng có thể thấy dấu hiệu này, biểu hiện là chấm tăng tỷ trọng.

Về vị trí tắc mạch trong nghiên cứu, chúng tôi chủ yếu gặp BN TMN cấp hệ động mạch não trước, trong đó chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Hệ động mạch não sau gồm động mạch thân nền, động mạch đốt sống và động mạch não sau chiếm tỷ lệ không đáng kể. Các BN có bệnh lý mạch máu nhỏ gồm cả não trước và khu vực cấp máu động mạch não sau. Phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Behme D. & cs năm 2014 khảo sát những bệnh nhân TMN cấp do tắc nhánh lớn, cho kết quả tổn thương MCA là 48%; ICA 33%, tổn thương hệ động mạch sống nền

chiếm 16%⁽²⁾. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng nhận thấy tỉ lệ tắc động mạch não giữa đoạn M1 luôn chiếm số lượng lớn (TREVO 2: 60%, SWIFT: 61%).

Điểm ASPECT chỉ được tính cho BN có thiếu máu cấp tính vùng cấp máu ĐM não giữa (bao gồm tắc ĐM cảnh trong và đoạn M1 ĐM não giữa) bao gồm 61 BN. Trong 6 giờ đầu chỉ có 2 BN có điểm ASPECT dưới 5 điểm chiếm 3,3%. Chủ yếu là các BN có điểm ASPECT trên 6. Tỷ lệ này cũng khá tương đồng với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Hoàng Ngọc và cs tại Bệnh viện 108. Điểm ASPECTS là hệ thống hóa các dấu hiệu sớm trên phim chụp CLVT, đã được các tác giả trên thế giới áp dụng cho chẩn đoán và tiên lượng BN. Họ có thể sử dụng hệ thống điểm ASPECTS trên chụp CLVT không tiêm thuốc hay trên chụp CLVT mạch máu hoặc trên CHT, tức có nhiều cách áp dụng chấm điểm ASPECTS khác nhau. Tại bệnh viện đa khoa Phú Thọ chúng tôi cũng đã áp dụng bảng điểm này cho các BN ĐQ NMN thuộc vùng cấp máu của ĐM não giữa.

Điểm ASPECTS là một hệ thống tính điểm 10 tương đương với 10 vùng giải phẫu theo vùng cấp máu của động mạch não giữa. Các vùng bao gồm: Nhân bèo, nhân đuôi, bao trong, thùy đảo, các vùng vỏ não M1, M2, M3 tương ứng với các nhánh trước, giữa và sau của động mạch não giữa, các vùng M4, M5, M6 tương ứng các nhánh trên nhưng ở tầng cao hơn. Theo thang điểm này, bình thường, không có nhồi máu não được tính 10 điểm. Mỗi vùng bị tổn thương sẽ bị trừ đi 1 điểm. Khi tổn thương >3 vùng (ASPECTS <7), tương ứng diện tổn thương >1/3 động mạch não giữa. Ban đầu ASPECTS được thiết kế như là một dấu hiệu hình ảnh mạnh mẽ để tiên lượng BN đột quỵ não cấp sau điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Sau đó ASPECTS đã cho thấy nhiều ý nghĩa trong việc loại trừ bệnh nhân đủ điều kiện lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học năm 2015.

Đối với hệ tuần hoàn sau, cũng có thể áp dụng thang điểm pc-ASPECTS (posterior circulation- ASPECTS). Tuy nhiên việc áp dụng khó khăn hơn do hình ảnh nhồi máu cấp hệ tuần hoàn sau khó quan sát thấy trên CLVT do nhiễu, người ta có thể áp dụng với hình ảnh sau tiêm thuốc (CTA-SI). Puetz (2011) nhận thấy các bệnh nhân có pc- ASPECTS ≥ 8 , có tiên lượng tốt hơn so với nhóm có pc-ASPECTS <8 điểm.

Về điểm tuần hoàn bàng hệ trên phim chụp CLVT mạch máu, hệ thống điểm áp dụng của học viện Albeeta Canada khá dễ dàng khi thực hiện trực tiếp trên máy tính với việc chụp 3 thì

khác nhau. Kết quả của chúng tôi ghi nhận đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng thường gặp là: Liệt nửa người 96,5%, rối loạn ngôn ngữ 97,4% và méo miệng 92,5%, là biểu hiện chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê chiếm 74,6%.

Trên hình ảnh CLVT gặp 54,8% bệnh nhân có giảm tỷ trọng, tổn thương mạch máu lớn chiếm 62,7%; Các dấu hiệu sớm trên CLVT thường gặp trong 6 giờ đầu là: xóa dãn cuộn não 37,7%, xóa duy bằng thùy đảo 34,6%, mờ nhân đậu 20,2%. Điểm ASPECT trung bình $8,30 \pm 1,52$. Hầu hết bệnh nhân có điểm ASPECT > 6 điểm. Vị trí tắc mạch: Chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Awadh M., MacDougall N., Santosh C., et al.(2010)** Early recurrent ischemic stroke complicating intravenous thrombolysis for stroke: incidence and association with atrial fibrillation, Stroke, 41(9), 1990-5.
2. **Behme D., Kowoll A., Mpotsaris A., et al.(2014)** Multicenter clinical experience in over 125 patients with the Penumbra Separator 3D for mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke, J Neurointerv Surg.
3. **Dharmasaroja P. A., Dharmasaroja P., Muengtawepong S.(2011)** Outcomes of Thai patients with acute ischemic stroke after intravenous thrombolysis, J Neurol Sci, 300(1-2), 74-7.
4. **Đỗ Đức Thuận, Phạm Đình Đài, Đức Đặng Minh(2017)** Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị rt-PA đường tĩnh mạch ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ trong 4,5 giờ đầu, Tạp Chí Y Dược lâm sàng 108, Tập 12 - số đặc biệt 10/2017, 22-25.
5. **Lê Văn Thịnh, Lê Đức Hình, Hoàng Đức Kiệt(1996)** Một số đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não, Y học Việt nam, số 9, tập 208, tr.22-25.
6. **Nakagawara J., Minematsu K., Okada Y., et al.(2010)** Thrombolysis with 0.6 mg/kg intravenous alteplase for acute ischemic stroke in routine clinical practice: the Japan post-Marketing Alteplase Registration Study (J-MARS), Stroke, 41(9), 1984-9.
7. **Nguyễn Công Hoan(2009)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của nhồi máu não do xơ vữa hệ động mạch cảnh trong, Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 4, tập 63, tr.60-65.
8. **Serena J., Davalos A., Segura T., et al.(2003)** Stroke on awakening: looking for a more rational management, Cerebrovasc Dis, 16(2), 128-33.

NGHIÊN CỨU QUAN SÁT ĐẶC TRƯNG LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT CẤP TÍNH

Nguyễn Đình Ngân¹, Lê Thị Thanh Trà¹,
Nguyễn Xuân Hiệp², Đỗ Tấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của mắt bị góc đóng cơn cấp. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa Glôcôm và khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh Viện Mắt Trung Ương từ tháng 05/2018 đến tháng 3/2019. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị glôcôm có 1 mắt glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu thu thập được 68 mắt/ 68 bệnh nhân, trong đó có 57 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 83,8%, và 11 nam giới chiếm tỷ lệ 16,2% (nữ/nam = 5,18/1). Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,05 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng điển hình của cơn cấp gồm: đau nhức mắt đột ngột, lan lên nửa đầu cùng bên, nhìn mờ nhiều, buồn nôn hoặc nôn, kèm theo các dấu hiệu nhãn áp cao (>30 mmHg), giác mạc phù, tiền phòng nông, góc tiền phòng đóng và đồng tử giãn mất phản xạ. Trong 68 mắt nghiên cứu có 29 mắt hình thái góc đóng là nghẽn đồng tử (NĐT) và 39 mắt hình thái mỏng mắt phẳng (MMP). Không có sự khác biệt về độ mở góc trên Van Herick và soi góc tiêu chuẩn giữa 2 nhóm bệnh nhân này. Dấu hiệu lạc đã 2 bước có giá trị chẩn đoán hình thái với độ đặc hiệu > 90%. **Kết luận:** Cơn góc đóng cấp biểu hiện rầm rộ với các triệu chứng lâm sàng điển hình. Hình thái góc đóng trong cơn cấp gặp nhiều do MMP hơn NĐT. Dấu hiệu lạc đã 2 bước trên soi góc ẩn rất có giá trị trong chẩn đoán phân biệt 2 hình thái này.

Từ khóa: Glôcôm góc đóng cơn cấp, Dấu hiệu lạc đã 2 bước, Nghẽn đồng tử, Mỏng mắt phẳng

SUMMARY

OBSERVATIVE STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY ACUTE CLOSURE ANGLE GLAUCOMA

Objectives: To describe clinical features of eyes during angle closure acute attack. **Patients and Methods:** This cross-sectional observational study that was conducted in Glaucoma department and Ocular Imaging department of Vietnam National Eye Hospital from 5/2018 to 3/2019. Recruited subjects were eyes with primary angle acute attack. **Results:** Study was based on results of 68 eyes/ 68 patients. Of those 68 patients, there were 57 females (83,8%) and 11 males (16,2%) (female/male = 5,18/1). The mean age of studied subjects was 62,05 years. The clinical presentation included symptoms as sudden ocular pain

associated with same side headache, vision loss, nausea or/and vomiting, that went along with typical signs as high IOP, cornea edema, shallow anterior chamber, closed angle and semi-dilated nonreactive pupil. Among 68 studied eyes, there were 29 eyes with pupillary block pattern (PB) and 39 eyes with plateau iris pattern (PI). There was no significant difference in term of angle opening on Van-Herick as well as on standard gonioscopy. Double hump sign was very helpful in differentiating those two patterns with sensitivity of more than 90%. **Conclusion:** Primary angle acute attack almost always manifested fiercely with typical clinical features. PI pattern was seen more often than PB in the acute attacks. The double hump sign was very important in angle closure pattern diagnosis.

Key words: Angle closure acute attack, Double hump sign, Pupillary block, Plateau iris

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm góc đóng nguyên phát là một tình trạng rối loạn về giải phẫu do mỏng mắt ngoại vi áp ra trước che lấp vùng bệ và gây nghẽn góc tiền phòng, làm cản trở sự lưu thông thủy dịch gây nên tình trạng tăng nhãn áp. Góc đóng cơn cấp thường khởi phát đột ngột, biểu hiện triệu chứng cơ năng thường dữ dội như: Nhìn mờ nhanh, đột ngột, như qua màn sương mù, nhìn nguồn đèn thấy có quầng xanh đỏ kèm theo đau nhức mắt, đau nửa đầu cùng bên. Đôi khi có biểu hiện toàn thân: mệt mỏi, buồn nôn, nôn. Các dấu hiệu thực thể điển hình bao gồm: nhãn áp rất cao, giác mạc phù, tiền phòng nông, đồng tử giãn nửa vơi, mất phản xạ, góc tiền phòng đóng ít nhất trên 270 độ trên soi góc. Tuy nhiên yếu tố giải phẫu thuận lợi nào gây xuất hiện cơn cấp, cơ chế đóng góc của cơn cấp là gì vẫn chưa được đánh giá kỹ trên y văn, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả này nhằm góp phần làm sáng tỏ các vấn đề trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Glôcôm và khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Mắt Trung Ương từ tháng 05/2018 đến tháng 3/2019. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị glôcôm có 1 mắt glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung Ương.

Đối tượng và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân trên 18 tuổi, có 1 mắt được chẩn đoán xác định là glôcôm góc đóng nguyên

¹Học Viện Quân Y,

²Bệnh Viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

phát cơn cấp.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có mắt glôcôm cơn cấp đang có các bệnh ở bán phần trước: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh căng phòng, bệnh nội mô giác mạc mỏng mắt, nang thể mi...

- Bệnh nhân có mắt glôcôm cơn cấp có tiền sử chấn thương, phẫu thuật nội nhãn, bệnh lý dịch kính vồng mạc.

- Bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu. Đề tài được nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu:

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

n: Là cỡ mẫu tối thiểu.

α : Mức ý nghĩa thống kê chọn = 0,05.

$Z_{1-\alpha/2}$: Là hệ số tin cậy với mức ý nghĩa thống kê α . Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$P = 0,287$ là tỷ lệ của hình thái MMP, chiếm tỷ lệ thấp nhất trong hai hình thái theo nghiên cứu của tác giả Bali SJ (2012).

ε : Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể. Chọn $\varepsilon = 0,4$.

Cỡ mẫu $n \geq 60$ mắt. Chúng tôi chọn là 68 mắt cơn cấp của 68 bệnh nhân.

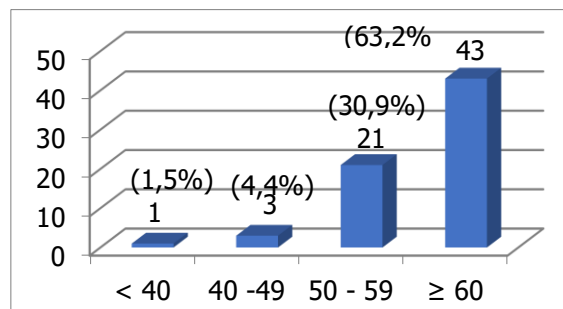
Cách thức tiến hành: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện ghi nhận các triệu chứng cơ năng và dấu hiệu thực thể, kết hợp chẩn đoán hình ảnh trên UBM trước khi điều trị để kết luận về hình thái góc đóng theo tiêu chuẩn của Svend Vedel Kessing - John Thygesen (2007). Đánh giá góc tiền phòng trên lâm sàng dựa trên 2 nghiệm pháp: Van Herick và soi góc tiền phòng. Phân loại độ mở góc tiền phòng sẽ dựa trên soi góc tiêu chuẩn và ở các góc phần tư. Soi góc ẩn, dấu hiệu lạc đà 2 bước sẽ dựa trên soi góc ẩn được ghi nhận chi tiết cũng trên từng góc phần tư để đối chiếu so sánh với chẩn đoán hình thái góc đóng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 68 mắt. Một số bệnh nhân đã được điều trị hạ nhãn áp ở tuyến dưới và một số ít đã được hạ NA thành công, tuy nhiên do bệnh nhân đều đến khám tại Bệnh Viện Mắt Trung ương trong vòng 5 ngày sau xuất hiện cơn cấp nên bệnh nhân vẫn được đưa vào nghiên cứu các biến đổi cấu trúc chưa hồi phục hoàn toàn và chúng tôi sẽ có các phân tích dưới

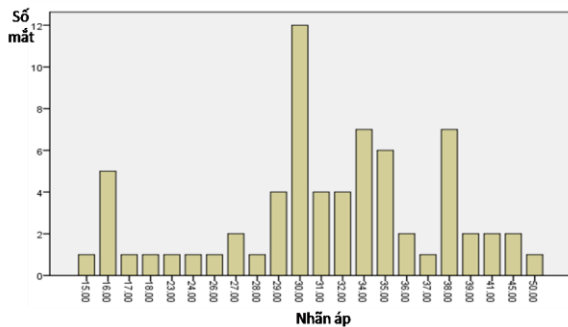
nhóm để có thể đánh giá được các biến đổi giải phẫu theo từng giai đoạn của cơn cấp.

Trong tổng số 68 bệnh nhân nghiên cứu có 57 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 83,8%, và 11 nam giới chiếm tỷ lệ 16,2%. Tỷ lệ nữ/nam = 5,18/1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,05 tuổi. Trong đó Bệnh nhân ít tuổi nhất là 38 tuổi và nhiều nhất là 81 tuổi. Số lượng bệnh nhân tập trung đông nhất vào nhóm trên 60 tuổi chiếm 63,2%, có 33,9% bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 50 – 59 tuổi, nhóm bệnh nhân dưới 40 chỉ chiếm 1,5%, nhóm bệnh nhân từ 40 – 49 tuổi chiếm có 4,4% và có 30,9% bệnh nhân từ 50 đến 59 tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Hầu hết mắt nghiên cứu đều có thị lực thấp do ảnh hưởng của cơn cấp. 45,6% bệnh nhân có mức thị lực dưới ĐNT 3m, chỉ có 27,9% bệnh nhân đạt thị lực $\geq 20/80$.



Biểu đồ 2. Phân bố nhãn áp của các mắt trong nhóm nghiên cứu

Biểu hiện cơ năng của các mắt nghiên cứu cũng rất rõ ràng. Toàn bộ bệnh nhân cơn cấp đều có triệu chứng đau nhức mắt, có tới 98,5% bệnh nhân nhìn mờ và nhức lan lên nửa đầu, 95,6% bệnh nhân thấy đỏ mắt và 94,1% có chảy nước mắt chiếm 94,1%. Các dấu hiệu thực thể ở bán phần trước cũng rất điển hình gồm cương tụ kết mạc (95,6%), tiền trung tâm phòng rất nông < 2mm (98,5%), đồng tử giãn mất phản xạ (98,5%), phù giác mạc (85,3%). Chỉ có 10 mắt nhờ đã được điều trị ở tuyến dưới, nhãn áp đã được kiểm soát nên giác mạc đã trong trở lại.

Bảng 1: Đặc điểm thị lực bệnh nhân.

Thị lực	Số mắt	%
> 20/30	3	4,4
20/80 – 20/30	16	23,5
ĐNT 3m – 20/80	18	26,5
< ĐNT 3m	31	45,6
Tổng	68	100

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nhãn áp trung bình của mắt cơn cấp là 31,41 ± 7,34mmHg. Trong đó mắt có nhãn áp cao nhất là 50mmHg và thấp nhất là 15mmHg. Có 10 bệnh nhân nhãn áp dưới 25mmHg (do đã uống thuốc hạ nhãn áp trước đó), đa số mắt nhãn áp cao trong khoảng 29–35mmHg.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng, thực thể của mắt glôcôm góc đóng cơn cấp

Triệu chứng		Có triệu chứng		Không có	
		n	%	n	%
Triệu chứng cơ năng	Đau nhức mắt	68	100	0	0
	Nhìn mờ	67	98,5	1	1,5
	Đỏ mắt	65	95,6	3	4,4
	Chảy nước mắt	64	94,1	4	5,9
	Buồn nôn	51	75	17	25
	Nhức đầu	67	98,5	1	1,5
Triệu chứng thực thể	Cương tụ kết mạc	65	95,6	3	4,4
	Phù giác mạc	58	85,3	10	14,7
	Tiền phòng nông	67	98,5	1	1,5
	Đồng tử giãn	67	98,5	1	1,5

Trong 68 mắt nghiên cứu có 29 mắt hình thái nghiền đồng tử (NĐT) tương ứng với 116 góc phần tư và 39 mắt hình thái móng mắt phẳng (MMP) tương ứng với 156 góc phần tư (chẩn đoán cuối cùng dựa trên sự kết hợp tiêu chuẩn trên lâm sàng và UBM). Soi góc tiêu chuẩn trên 68 mắt cơn cấp với tổng 272 góc phần tư có 233 góc đóng độ 0 chiếm tới 85,66%, tiếp đến là 24 góc đóng độ 1 chiếm 8,82%, không có góc nào độ 4, 5 góc mở độ 3 chiếm 1,85% và 10 góc độ 2 chiếm 3,67%. Độ mở góc theo Shaffer phân theo các hình thái đóng góc được chia vào **bảng 2** và không có sự khác biệt về độ mở góc theo Shaffer giữa 2 nhóm móng mắt phẳng và nghiền đồng tử với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm phân loại cơ chế góc đóng khi soi góc thường mắt cơn cấp

Độ mở góc	Nghiền đồng tử		Móng mắt phẳng		p
	n	%	n	%	
0	87	75	146	93,59	>0,05
1	15	12,93	9	5,77	
2	9	7,76	1	0,64	
3	5	4,31	0	0	
4	0	0	0	0	
Tổng	116	100	156	100	

Dấu hiệu lạc đà 2 bướu trên soi góc ấn xuất hiện cao hơn rõ rệt ở hình thái MMP, gấp 21,6 lần so với hình thái NĐT. Trên hình thái NĐT 93,1% số mắt là không có dấu hiệu lạc đà 2 bướu, chỉ có 6,9% số mắt có xuất hiện dấu hiệu lạc đà 2 bướu. Ở hình thái MMP đa số các mắt trên soi góc ấn đều phát hiện thấy dấu hiệu lạc đà 2 bướu với tỷ lệ 61,54% mắt có trong khi đó chỉ có 38,46% số mắt trên là không có dấu hiệu lạc đà 2 bướu, sự khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nói cách khác, độ đặc hiệu của dấu hiệu này với chẩn đoán MMP là 93,1%.

Trong nhóm nghiên cứu đa số góc tiền phòng rất hẹp qua Van-Herick: có 59 mắt độ 1 chiếm 86,8% trong đó 25 mắt NĐT chiếm 42,37%, 34 mắt MMP chiếm 57,63%. chỉ có 1 mắt độ 0, 8 mắt độ 2 và không có mắt nào độ 3 và 4. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

giữa các độ trong nghiệm pháp Van – Hernick và hình thái góc đóng.

Trong nhóm nghiên cứu có tới 86,8% bệnh nhân có đục thủy tinh thể với 59 bệnh nhân, trong đó 57 bệnh nhân đục vùng nhân theo tuổi già, đa số đục thủy tinh thể độ 2-3, có 9 bệnh nhân thủy tinh thể trong chiếm 13,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 57 bệnh nhân là nữ chiếm 83,8% và 11 bệnh nhân nam chiếm 16,2%, tỷ lệ nam/nữ là xấp xỉ 1/5,18 lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền (2013) [1] với tỷ lệ nam/nữ là 1/4 và Nguyễn Văn Độ (2016) [2]. Trên thế giới, các tác giả khác cũng cho kết quả khác biệt về tỷ lệ giới tính chênh lệch như nghiên

cứu của Nolan và cộng sự (2000) cho tỷ lệ nữ giới cao gấp 3 lần nam giới. Sự chênh lệch về giới này được các tác giả giải thích rằng do sự khác biệt về đặc điểm giải phẫu giữa nam và nữ. Ở nữ thể thủy tinh dày hơn và tiền phòng nông hơn ở nam giới nên nguy cơ gây NĐT và nghiền góc tiền phòng cũng lớn hơn. Ngoài ra, yếu tố thần kinh, nội tiết ở nữ giới cũng có thể đóng một vai trò quan trọng làm xuất hiện cơn góc đóng cấp.

Trong 68 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung là $62,05 \pm 8,24$ tuổi. Có đến 94,1% bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên và chỉ có 4,4% bệnh nhân từ 40 – 49 tuổi, chỉ có một bệnh nhân dưới 40 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Chelvin C.A trên mắt glôcôm cơn cấp, độ tuổi trung bình là $60,9 \pm 7,5$ [3]. Đặc điểm như vậy phù hợp với các nghiên cứu về dịch tể của bệnh glôcôm góc đóng nguyên phát. Foster PJ cho rằng glôcôm góc đóng nguyên phát là bệnh liên quan đến tuổi, do càng cao tuổi thì thủy tinh thể càng dày hơn và có xu hướng nhô ra trước khiến cho tiền phòng càng nông hơn và góc tiền phòng cũng hẹp hơn, nhất là trên người đã có cơ địa từ trước [4].

Trong nhóm nghiên cứu mức thị lực của bệnh nhân sau chỉnh kính ở mắt nghiên cứu của chúng tôi là khá thấp với 45,6% bệnh nhân có thị lực dưới ĐNT 3m và chỉ có 4,4% bệnh nhân có thị lực $>20/30$. Điều này cho thấy thị lực mắt bệnh nhân glôcôm cơn cấp giảm rất nhiều do trong cơn cấp giác mạc phù, ngoài ra đục thủy tinh thể đục dịch kính cũng là những nguyên nhân thường gặp trong các bệnh nhân glôcôm vì độ tuổi trung bình cao.

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nhãn áp trung bình của mắt cơn cấp nằm trong khoảng $31,41 \pm 7,34$ mmHg. Đa số mắt nhãn áp cao trong khoảng 29–35 mmHg. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây về nhãn áp của bệnh nhân glôcôm cơn cấp thường >35 theo Yi-An You (2015) [5].

Trong 68 bệnh nhân cơn cấp đều có triệu chứng nhức mắt, có tới 98,5% bệnh nhân nhìn mờ và nhức đầu, 65 bệnh nhân thấy đỏ mắt chiếm 95,6% và 64 bệnh nhân có chảy nước mắt chiếm 94,1%, triệu chứng buồn nôn gặp ở ít bệnh nhân hơn với 75% số bệnh nhân, 98,5% bệnh nhân có tiền phòng nông, 58 bệnh nhân có phù giác mạc chiếm 85,3%, 65 bệnh nhân kết mạc cương tụ chiếm 95,6%. Kết quả này cũng phù hợp với bệnh học cũng như các nghiên cứu trước đây trên bệnh glôcôm cơn cấp với các triệu chứng hay gặp là đau nhức mắt, buồn nôn, đau

đầu, đỏ mắt, khám kết mạc cương tụ, giác mạc phù, tiền phòng nông [6].

Trong nhóm nghiên cứu đa số độ sâu góc tiền phòng hẹp qua Van-Herick có 59 mắt độ 1 chiếm 86,8%, độ 0 chỉ có 1 mắt, độ 2 có 8 mắt chiếm 11,8%. Điều này cũng phù hợp so với các nghiên cứu trước đây về mắt glôcôm góc đóng [3]. Kết hợp với khám nghiệm chẩn đoán hình ảnh thì trong 68 mắt có 25 mắt NĐT chiếm 42,37%. 34 mắt MMP chiếm 57,63%. So sánh giữa 2 nhóm này, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các độ mở góc theo nghiệm pháp Van – HERNICK giữa các hình thái góc đóng.

Điều tương tự cũng được thấy trên soi góc. Trên soi góc tiêu chuẩn, không có sự khác biệt về độ mở góc theo phân loại Shaffer giữa 2 nhóm MMP và NĐT với $p > 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu trước đây của Gazzard G (2003) [7]. Do vậy nếu chỉ căn cứ vào độ mở góc trên soi góc lâm sàng chuẩn thì không thể phân biệt được 2 hình thái góc đóng.

Kết quả cũng cho thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” trên soi góc ẩn với chẩn đoán hình thái MMP. Và ở mắt cơn cấp khi gặp dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” trên soi góc, khả năng chẩn đoán góc đó ở hình thái MMP cao gấp 21,6 lần so với khả năng chẩn đoán góc đó ở hình thái NĐT. Quan sát cũng phù hợp với tác giả Kiuchi (2009) khi đánh giá mối quan hệ của dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” khi soi góc với chẩn đoán hình thái MMP. Tác giả này nhận thấy rằng trong nhóm 8 bệnh nhân có dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” khi soi góc ẩn, đều được xác nhận thuộc hình thái MMP bằng siêu âm UBM, trong khi đó ở nhóm 10 bệnh nhân không có dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” thì chỉ có 1 bệnh nhân được xác định có hình thái MMP trên UBM, tương ứng với dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” có giá trị độ nhạy 100% và độ đặc hiệu là 90% trong chẩn đoán hình thái MMP [8]. Do vậy, sự xuất hiện của dấu hiệu “lạc đà 2 bướu” có mối liên quan chặt chẽ với việc chẩn đoán hình thái. Đây là 1 dấu hiệu có thể thăm khám phát hiện dễ dàng trên lâm sàng, với các phương tiện đơn giản, sẵn có, có thể áp dụng ở nhiều nơi không được trang bị các máy móc hiện đại như UBM.

V. KẾT LUẬN

Glôcôm góc đóng cơn cấp thường xuất hiện trên bệnh nhân nữ, trên 50 tuổi do các yếu tố nguy cơ về giải phẫu. Biểu hiện lâm sàng của cơn cấp điển hình với các triệu chứng cơ năng rầm rộ như nhìn mờ, nhức mắt, nôn buồn nôn và kèm theo dấu hiệu điển hình tại mắt như cương tụ kết mạc, giác mạc phù tiền phòng nông và

đồng tử giãn liệt. Các đánh giá về độ mở góc không thấy khác biệt giữa các hình thái đóng góc NĐT và MMP. Dấu hiệu quan trọng có giá trị chẩn đoán hình thái là dấu hiệu lạc đà 2 bước với độ đặc hiệu trên 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hiền (2012). Ứng dụng máy siêu âm sinh hiển vi đánh giá sự thay đổi bán phần trước nhãn cầu sau laser cắt mỏng mắt chu biên điều trị dự phòng Glôcôm góc đóng nguyên phát, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
2. Nguyễn Văn Độ, Phạm Thị Thu Thủy (2016). Kết quả lâu dài phương pháp tạo hình góc tiền phòng bằng laser trong điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát, Luận Văn Thạc Sĩ, Trường Đại Học Y Hà Nội
3. Chelvin C.A, Sng MBBChir, FRCS(Ed), et al. (2014). Pretreatment Anterior Segment Imaging During Acute Primary Angle Closure: Insights into Angle Closure Mechanisms in the Acute Phase. American Academy of Ophthalmology. 21:119-125.
4. Paul J Foster.FRCSEd, Jamyanjav Baasanhu. MD, Poul Helge Alsbirk. MD, et al. (1996). Glaucoma in Mongolia: a population-based survey in Hövsgöl Province, northern Mongolia. Archives of ophthalmology. 114(10):1235-1241.
5. Yi-an You. MD, Le-ru Zhu. MD, Ji-quan Wen. MD, et al. (2015). Ultrasound Biomicroscopic Evaluation of Uveal Effusion in Acute Primary Angle Closure. J Glaucoma. 24:656-661.
6. Jian-Gang Yang, Jian-Jun Li, Hua Tian, et al. (2017). Uveal effusion following acute primary angle-closure: aretrospective case series. Int J Ophthalmol .10(3):406-412.
7. Gazzard G, Friedman DS, Devereux JG, et al. (2003). A prospective ultrasound biomicroscopy evaluation of changes in anterior segment morphology after laser iridotomy in Asian eyes. Ophthalmology. 110(3): 630-8.
8. Kiuchi Y, Kanamoto T, Nakamura T (2009). Double hump sign in indentation gonioscopy is correlated with presence of plateau iris configuration regardless of patent iridotomy. J Glaucoma.18(2):161-4.

XÂY DỰNG KỸ THUẬT MULTIPLEX PCR KHUẾCH ĐẠI 14 CHỈ THỊ STR ỨNG DỤNG TRONG PHÂN TÍCH DI TRUYỀN TRƯỚC CHUYỂN PHÔI BỆNH HEMOPHILIA A

Đặng Tiến Trường*, Nguyễn Trường Giang*, Nguyễn Duy Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng kỹ thuật Multiplex-PCR, ứng dụng trong PGT-M bệnh Hemophilia A. **Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phần mềm tin sinh xác định T_m; Tối ưu hóa nhiệt độ gắn mỗi bằng phản ứng PCR đơn; Tối ưu nồng độ primer của phản ứng Multiplex PCR dựa trên tín hiệu trên kết quả điện di mao quản. **Kết quả và kết luận:** Xây dựng và tối ưu hóa được kỹ thuật Multiplex PCR khuếch đại đồng thời 14 cặp chỉ thị STR với nồng độ các cặp primer từ 0,15-0,7μM, ở Ta là 60°C. Quy trình được thiết lập đáp ứng yêu cầu phân tích di truyền trước chuyển phôi bệnh Hemophilia A.

Từ khóa: Multiplex PCR, chỉ thị STR, Hemophilia A.

SUMMARY

ESTABLISHMENT OF MULTIPLEX-PCR OF 14 STR MARKERS FOR PGT-M HEMOPHILIA A

Objective: Establish Multiplex PCR reaction which is applied for preimplantation genetic testing for the monogenic disorder (PGT-M) in Hemophilia A. **Method:** Using bioinformatics software to determine T_m; Optimize T_a by single PCR reaction; Optimize the primer concentration of Multiplex-PCR based on the

signal of capillary electrophoresis results. **Result and Conclusion:** A Multiplex-PCR of 14 STR markers with primer concentration from 0.15-0.7μM, at 60°C was set up successfully. This procedure can be applied in pre-implantation genetic testing for PGT-M for Hemophilia A.

Key words: Multiplex PCR, STR marker, Hemophilia A.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hemophilia A là bệnh rối loạn đông máu di truyền. Nguyên nhân do tổn thương gen F8 trên nhiễm sắc X (Xq28), giảm sản xuất yếu tố VIII, gây chảy máu không cầm. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1/5000 người nam^[1]. Điều trị hemophilia A tốn kém nhưng không giải quyết được nguyên nhân bị bệnh. Vì vậy, dự phòng không sinh con bị bệnh hoặc không mang gen bệnh là rất cần thiết.

Gen gây bệnh Hemophilia A rất lớn. Đến nay, có hơn 2.000 đột biến của gen F8 được xác định. Trong đó, đột biến đảo đoạn intron 22 và intron 1 chiếm 50% số ca bệnh nặng. Kỹ thuật phân tích di truyền trước chuyển phôi đơn gen (Preimplantation Genetic Testing for monogenic Disease, PGT-M) dựa trên việc xác định trực tiếp đột biến không thể áp dụng cho các đột biến đảo đoạn này. Bên cạnh đó, hiện tượng khuếch đại hỏng alen (Allele DropOut-ADO) ở mẫu tế bào phôi, được xác định trên 40% các ca chẩn

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: bac_hvqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

đoán trước chuyển phôi [2], có thể dẫn tới chẩn đoán sai. Ngoài ra, ngoại nhiễm cũng là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây chẩn đoán sai trong PGT. Do vậy, kỹ thuật phân tích liên kết gen sử dụng nhiều trình tự lặp ngắn (Short Tandem Repeat – STR) giúp phân tích di truyền trước chuyển phôi hemophilia A được ưu tiên lựa chọn vì giúp kiểm soát ADO và ngoại nhiễm.

Các STR phục vụ PGT-M phải có tính đa hình cao và nằm gần gen tổn thương để đảm bảo tính liên kết. Trên thế giới, một số nghiên cứu đã đánh giá tính đa hình trên quần thể người Brazil [3, 4], New Zealand [5], Trung Quốc [6, 7], nhằm lựa chọn các STR phục vụ chẩn đoán trước chuyển phôi hemophilia A. Sàng lọc được bộ chỉ thị có tính đa hình cao trong PGT-M giúp xác định được tổn thương, kiểm soát nhiễm và hiện tượng ADO là rất quan trọng. Tuy nhiên, PGT-M là qui trình có tính cá thể hóa cao, lựa chọn được chỉ thị có thông tin cho từng gia đình. Việc này thường phải tiến hành phân ứng đơn mỗi của tất cả các chỉ thị và ở tất cả các mẫu. Tiến hành việc này trên hàng chục chỉ thị và toàn bộ mẫu trong gia đình gây tốn nhiều thời gian, công sức và hóa chất. Vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi tiến

hành thiết kế phản ứng multiplex PCR khuếch đại đồng thời 13 chỉ thị để phục vụ cho qui trình PGT-M bệnh Hemophilia A.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sử dụng mẫu ADN tách từ máu của người bố không bị bệnh Hemophilia A và người mẹ mang gen bệnh trong 02 gia đình mang gen, có con bị bệnh.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng phân tích ADN, Bộ môn Giải phẫu – Học viện Quân Y.

2.3. Primer của phản ứng Multiplex PCR

Sau khi lựa chọn được các STR đáp ứng tiêu chí sàng lọc, tiến hành thiết kế mỗi khuếch đại dựa trên trình tự vùng flanking bằng phần mềm thiết kế Primer3. Cuối cùng, sử dụng công cụ In-silico PCR tại <https://genome.ucsc.edu/cgi-bin/hgPcr> với hệ gen tham chiếu là GRCh38/hg38 kết hợp phần mềm so sánh trình tự BLAST trên NCBI nhằm xác định sơ bộ các allele của loci để loại bỏ các marker có trình tự mỗi bắt cặp với các đoạn lặp Alu và các trình tự không đặc hiệu trên NST khác, sau đó thiết kế gần huỳnh quang cho 1 mỗi trong mỗi cặp.

Bảng 1: Thông tin trình tự mỗi khuếch đại hệ thống chỉ thị STR:

Cặp mỗi	Trình tự mỗi (5'-3')	Sản phẩm (bp)
X1 ^a	GGTTTTCCCAGTCACGACGAATGCCCTCTCCGAGTTATTAC	152-172
	GTTTCTGAGATTGGTGGCCTTTGAAAC	
X2 ^b	GTAAAACGACGGCCAGTGGAAAATTCTCCTCTCCTGCTCC	129-143
	CCTTCTTTCTTCAAATGATGCTTGG	
X3 ^c	CATGGTCATAGCTGTTTCCTGGTCAATATGTCTTGGTCTGGC	251-275
	GTTTCTCCATTCTATTCTAAATAAGATAGC	
X4 ^b	GTAAAACGACGGCCAGTGCTTGAGACTTGGCAGACTCC	175-181
	GTTTCCTTTAGAATCACTCTTGGTGTG	
X5 ^b	GTAAAACGACGGCCAGTGGAATGCACAGCCTATCCTCC	207-217
	GTCAAGGTGTCAAATCCACG	
X6 ^b	GGTTTTCCCAGTCACGACCCACTACCAAATCATTGAGCC	116-128
	GGTCCATTAGCTTATGTGAGTC	
X8 ^a	GGTTTTCCCAGTCACGACTCAACAAAACCTGAACAACTAGAAGG	309-321
	AATCTGGATGGCTTCAAGCTC	
X9 ^c	CATGGTCATAGCTGTTTCCTGGACCCTGTACTTTTACCATTGGC	188-198
	GTTTCTCAGCAACTCGACTTCTGGC	
X10 ^c	CATGGTCATAGCTGTTTCCTGGGCAATTTAGATCACTTCTTTC	226-238
	GTTTGTTACGGTTTTCTTTGTGGC	
X11 ^a	GGTTTTCCCAGTCACGACAATCTATGTGAGTCAGCCCC	179-215
	GTTTCTCAAGTAGAAAAGTCTGTGGC	
X12 ^b	GTAAAACGACGGCCAGTGCTGTCTGATACAACTGCTGATAC	234-256
	GGGTAGTGGTACTCAAACAC	
X13 ^c	CATGGTCATAGCTGTTTCCTGGTGCAACTGTGTCACTG	289-319
	GTTTCCCTACTGTCTTGACTATTGTGGC	
X14 ^a	GGTTTTCCCAGTCACGACGGATTCCAGTGACATTGACTCTATC	235-267
	GTATCTACTGTTACATGGACTTGGG	
X15 ^c	CATGGTCATAGCTGTTTCCTGCTGGGCTCTGTAAAGAATAGTG	133/139
	GTTTCTCAACCATCAGAGCTTAACTGG	

^a: Cặp mồi gắn màu HEX; ^b: Cặp mồi gắn màu FAM; ^c: Cặp mồi gắn màu NED

2.4. Tách chiết ADN. ADN được tách từ 200µl máu hoặc dịch ối bằng bộ kit QIAGEN Blood mini, theo quy trình chuẩn của nhà sản xuất (QIAGEN, Đức), ADN tách chiết được lưu trữ ở -20°C cho tới khi sử dụng.

2.5. Khuếch đại hệ thống marker bằng phản ứng PCR và Multiplex PCR

- *Tối ưu hóa nhiệt độ gắn mồi:* Xác định nhiệt độ nóng chảy T_m của 14 cặp mồi gồm 13 chỉ thị và 1 cặp primer trên nhiễm sắc thể giới tính, trên <http://sg.idtdna.com/calc/analyzer>, nhiệt độ gắn mồi trung bình trên lý thuyết của các cặp mồi là 61.3°C. Thực hiện PCR đơn mồi theo dải nhiệt độ 55°C – 60°C – 65°C, sử dụng bộ kit HotTag Master Mix (QIAGEN) với thành phần và nhiệt độ theo khuyến cáo của nhà sản xuất và phân tích sản phẩm trên gel agarose 2%.

- *Tối ưu hóa nồng độ các mồi.* Sau khi thực hiện tối ưu hóa phản ứng Multiplex PCR nhằm xác định nhiệt độ gắn mồi và nồng độ mồi để đạt hiệu quả khuếch đại cao nhất, phản ứng được tiến hành trong tube PCR tổng thể tích 20µl bao gồm 10ng genomic DNA, 2X QIAGEN Multiplex Master Mix (QIAGEN), 0,15 – 0,7µM mỗi mồi. Chu trình nhiệt thực hiện trên máy PCR ProFlex 3x32-well (Applied Biosystems), gồm bước hoạt hóa enzyme ban đầu ở 95°C trong 15 phút, 30 chu kỳ gồm biến tính ở 94°C trong 30 giây, gắn mồi ở 59°C trong 90 giây, kéo dài ở 72°C trong 1 phút và bước kéo dài cuối cùng ở 60°C trong 30 phút.

2.6. Điện di mao quản. Sau khi tiến hành tối ưu hóa thể tích sản phẩm PCR được biến tính và điện di mao quản. 10µl tổng thể tích bao gồm 8,5µl đệm điện di Hi-Di Formamide; 0,5µl GeneScan-500 LIZ và 1,0µl sản phẩm PCR. Biến tính ở 95°C trong 5 phút.

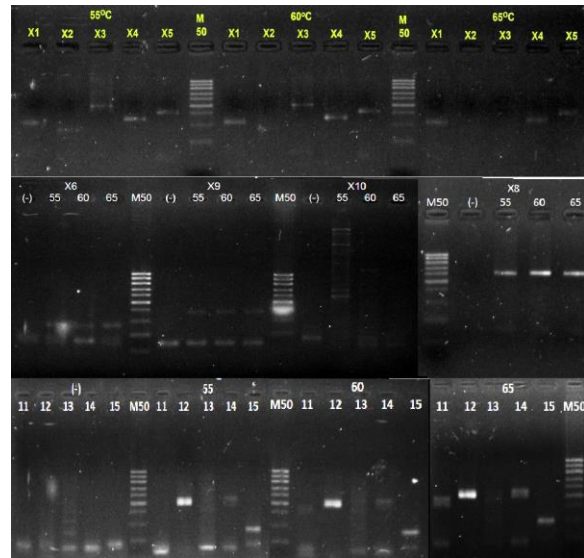
Phân tích kết quả bằng phần mềm GeneMapper 5.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả tối ưu nhiệt độ gắn mồi

Nhiệt độ gắn mồi trung bình trên lý thuyết của các cặp mồi là 61.3°C. Kết quả phản ứng PCR đơn mồi được thể hiện trên hình 1.

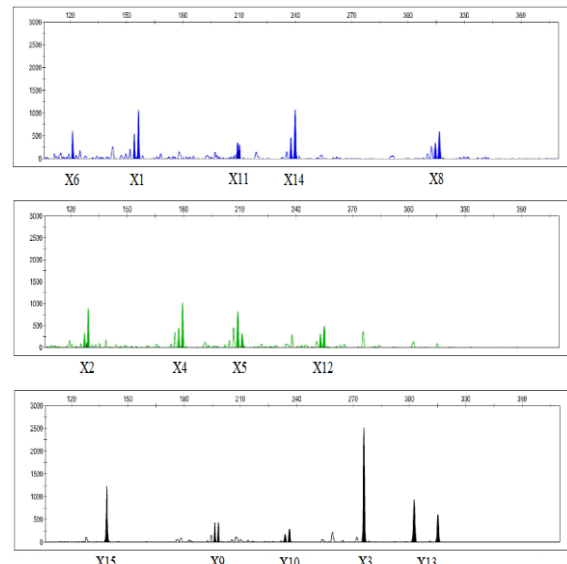
Kết quả điện di các sản phẩm đơn mồi được thể hiện trên Hình 1. Kết quả cho thấy cặp mồi X11 và X14 cho sản phẩm tốt nhất ở 65°C, cặp mồi X12 và X15 đều có tín hiệu sản phẩm đặc hiệu nhiều ở cả 3 dải nhiệt độ, cặp mồi X13 không có tín hiệu sản phẩm hoặc chỉ có tín hiệu sản phẩm không đặc hiệu ở cả 3 dải nhiệt độ.



Hình 1. Kết quả tối ưu hóa các mồi X1 đến X15 ở dải nhiệt độ 55, 60, 65

Từ các kết quả tối ưu hóa ở 3 dải nhiệt độ trên, có thể nhận thấy 14 cặp mồi này có nhiệt độ gắn mồi tối ưu không đồng nhất nhau. Để khắc phục điều này, chúng tôi sử dụng QIAGEN Multiplex PCR Mastermix nhằm tối ưu điều kiện phản ứng multiplex về cùng một điều kiện nhiệt độ của các mồi khác nhau theo khuyến cáo của nhà sản xuất (với nhiệt độ gắn mồi là 60°C), không phụ thuộc nhiều vào thông số của từng cặp mồi trong phản ứng.

3.2. Kết quả tối ưu nồng độ gắn mồi cho phản ứng Multiplex PCR.



Hình 2. Kết quả điện di mao quản phản ứng PCR đa mồi cho 14 cặp mồi có cùng nồng độ phản ứng là 0.2 µM

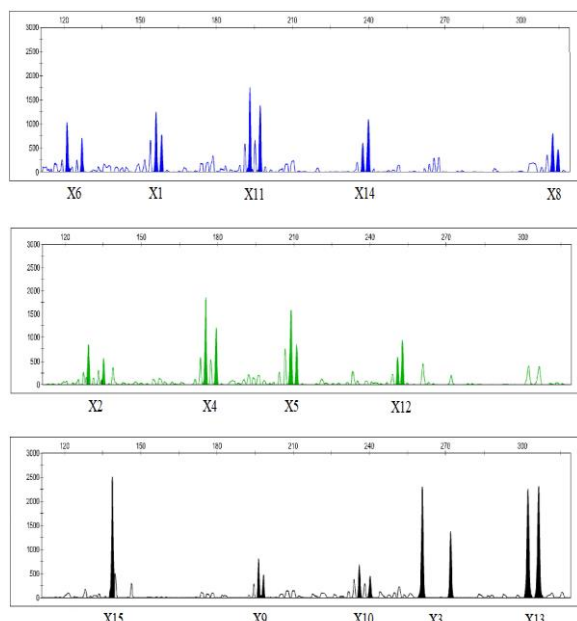
Kết quả cho thấy có sự xuất hiện sản phẩm tương ứng về kích thước và màu huỳnh quang của cả 14 cặp mồi. Tuy nhiên, cường độ tín hiệu của các cặp mồi này không đồng đều nhau và có sản phẩm có cường độ tín hiệu khá thấp (dưới 500). Do đó dựa trên các kết quả này, nồng độ của từng mồi được hiệu chỉnh theo gradient 0.05 μM . Sau nhiều lần hiệu chỉnh, nồng độ phản ứng của từng cặp mồi trong phản ứng PCR đa mồi

được xác định như bảng 2.

Tất cả 14 cặp mồi đều được ghép vào cùng 1 ống phản ứng QIAGEN Multiplex PCR Mastermix với cùng một nồng độ phản ứng là 0.2 μM . Kết quả điện di mao quản được phân tích và điều chỉnh nồng độ mồi bằng cách tăng nồng độ các cặp mồi hoạt động yếu, giảm nồng độ các cặp mồi hoạt động mạnh theo gradient 0,05 μM dựa trên cường độ tín hiệu sản phẩm khuếch đại.

Bảng 2. Nồng độ mồi trong phản ứng PCR đa mồi

Primer	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15
Màu	FAM	HEX	NED	HEX	HEX	FAM	FAM	NED	NED	FAM	HEX	NED	FAM	NED
Nồng độ (μM)	0.25	0.2	0.4	0.2	0.2	0.2	0.7	0.2	0.6	0.4	0.25	0.3	0.3	0.15



Hình 3. Kết quả điện di mao quản phản ứng PCR đa mồi cho 14 cặp mồi có nồng độ phản ứng đã hiệu chỉnh

Kết quả điện di cho thấy cường độ tín hiệu sản phẩm của 14 cặp mồi đã được cải thiện rõ rệt, hầu hết các chỉ thị đều có 2 tín hiệu sản phẩm có kích thước khác nhau tương ứng với 2 allele dị hợp tử với cường độ sản phẩm tương đương nhau. Chu trình nhiệt phản ứng PCR đa mồi có: bước khởi đầu phản ứng ở 95°C trong 15 phút; 30 chu kỳ nhiệt: biến tính ở 94°C trong 30 giây, gắn mồi ở 60°C trong 90 giây, kéo dài mạch ở 72°C trong 60 giây. Bước tổng hợp sản phẩm cuối cùng của các cặp mồi ở 60°C trong 30 phút.

IV. KẾT LUẬN

Đã thiết lập phản ứng multiplex PCR khuếch

đại các chỉ thị STR phục vụ PGT-M bệnh Hemophilia A.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Steve Keeney, Mike Mitchell, và Anne Goodeve (2010), Practice Guidelines for the Molecular Diagnosis of Haemophilia A, UK Haemophilia Centre Doctors' Organisation: CMGS Website.
2. Giuseppe Castaldo, Valeria D'Argenio, Paola Nardiello, Federica Zarrilli, Veronica Sanna, Angiola Rocino, Antonio Coppola, Giovanni Di Minno, và Francesco Salvatore (2007), Haemophilia A: molecular insights, Clinical Chemical Laboratory Medicine, số 45(4), tr. 450-461.
3. FB Machado và E MEDINA-ACOSTA (2009), High-resolution combined linkage physical map of short tandem repeat loci on human chromosome band Xq28 for indirect haemophilia A carrier detection, Haemophilia, số 15(1), tr. 297-308.
4. JD Massaro, CEV Wiesel, YCN Muniz, EM Rego, LCO De Oliveira, CT MENDES-JUNIOR, và AL Simões (2011), Analysis of five polymorphic DNA markers for indirect genetic diagnosis of haemophilia A in the Brazilian population, Haemophilia, số 17(5), tr. e936-e943.
5. AD Laurie, AM Hill, JR Harraway, AP Fellowes, GT Phillipson, PS Benny, MP Smith, và PM George (2010), Preimplantation genetic diagnosis for hemophilia A using indirect linkage analysis and direct genotyping approaches, Journal of Thrombosis and Haemostasis, số 8(4), tr. 783-789.
6. QL Ding, YL Lu, J Dai, XD Xi, XF Wang, và HL Wang (2012), Characterisation and validation of a novel panel of the six short tandem repeats for genetic counselling in Chinese haemophilia A pedigrees, Haemophilia, số 18(4), tr. 621-625.
7. Sabina Shrestha, Sufang Dong, Zuhua Li, Zhuliang Huang, và Fang Zheng (2016), Evaluation of factor VIII polymorphic short tandem repeat markers in linkage analysis for carrier diagnosis of hemophilia A, Biomedical Reports, số 5(2), tr. 228-232.

NGHIÊN CỨU CÁC HÌNH THÁI CỦA DỊ HÌNH VÁCH NGĂN QUA NỘI SOI TRÊN BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ MŨI XOANG

Trần Quốc Khánh¹, Nguyễn Thị Khánh Vân², Lê Hồng Anh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Dị hình vách ngăn bao gồm mào, gai, vẹo và loại phối hợp với nhau. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của các bệnh mũi xoang có dị hình vách ngăn và các hình thái dị hình vách ngăn qua nội soi trên bệnh nhân có bệnh lý mũi xoang. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu trên 135 bệnh nhân có dị hình vách ngăn và bệnh lý mũi. **Kết quả:** Nhóm tuổi gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 15 - 45 tuổi, chiếm 77,8 %; nam giới gặp nhiều hơn nữ giới với tỉ lệ 56% và 44%; tiền sử chấn thương gặp 39/135 bệnh nhân chiếm 28,9%. Trong nghiên cứu này, mào vách ngăn gặp nhiều nhất 64/135 bệnh nhân chiếm 47,4%; dị hình vách ngăn dạng vẹo, gặp 35/135 bệnh nhân chiếm 25,9%; dị hình vách ngăn dạng gai, gặp 22/135 bệnh nhân chiếm 16,3%; dị hình vách ngăn dạng phối hợp, gặp 14/135 bệnh nhân chiếm 10,4%.

Từ khóa: dị hình vách ngăn mũi

SUMMARY

STUDY CLASSIFICATION OF NASAL SEPTAL DEVIATIONS SINONASAL PATHOLOGY BY OPTIC

Background: nasal septa deformities include of crest, thorn, crick and combine type. **Purposand:** to describe clinical symptoms and classification of nasal septal deviations and sinonasal pathology. **Materials and Methods:** prospective research was done on 135 patients nasal septal deformity and sinonasal pathology. **Result:** age group was the most common was 15 - 45 years of age with 77,8%, the male:female ratio was 56% and 44%, traumatic prehistory was 28,9%. This was 16,3% and combine type was 10,4%.

Keyword: nasal septal deformity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là một cơ quan có nhiều chức năng quan trọng trong đời sống con người, làm ấm, làm ẩm và lọc sạch không khí để thở, là đường thông khí của cơ thể với bên ngoài. Mũi có một cấu trúc giải phẫu rất đặc biệt, mũi nhô ra ở giữa mặt tạo nên sự hài hòa của khuôn mặt, nhưng đồng thời vì đặc điểm này mà mũi dễ bị chấn thương, không những ảnh hưởng đến thính giác mà còn ảnh hưởng đến vách ngăn. Để đảm bảo vững chắc cho cấu trúc mũi về thẩm mỹ, cũng như sự lưu thông không khí thì vách ngăn cũng đóng vai

trò rất quan trọng. Những sai lệch về vị trí và cấu trúc vách ngăn mũi biểu hiện bằng vẹo, lệch, mào, dày, gai vách ngăn, thậm chí có thể các dị hình này phối hợp với nhau tạo nên những dị hình phức tạp của vách ngăn, những dị hình này đều gây ảnh hưởng tới sự lưu thông không khí của mũi, xoang. Và cũng chính sự kém lưu thông không khí làm ảnh hưởng và gây nên bệnh lý mũi xoang. Xuất phát từ tình hình đó, nhằm hiểu rõ về các loại dị hình vách ngăn thường gặp để góp phần khám, chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu các hình thái dị hình vách ngăn qua nội soi và chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân có bệnh lý mũi xoang". Với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của các bệnh mũi xoang có dị hình vách ngăn
2. Mô tả các hình thái dị hình vách ngăn qua nội soi trên bệnh nhân có bệnh lý mũi xoang

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 135 bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên có bệnh lý mũi xoang được khám và chẩn đoán dị hình vách ngăn.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có dị hình vách ngăn đơn thuần hay phối hợp.
- Có các triệu chứng bệnh lý mũi xoang liên quan đến dị hình.
- Bệnh nhân được khám nội soi, chụp ảnh
- Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính với dị hình vách ngăn có biến chứng
- Có bệnh án mẫu (Phụ lục)
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn trên
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

3. Thời gian nghiên cứu từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 9 năm 2017.

4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả từng trường hợp

Phương tiện nghiên cứu: Gương Glatzel, bộ nội soi mũi xoang Karl Storz, phim chụp cắt lớp vi tính.

5. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp toán thống kê y học, nhập số liệu và xử lý bằng chương trình SPSS v.20

¹BVĐK Hưng Thịnh, Lào Cai

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân

Email: khanhvantmtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

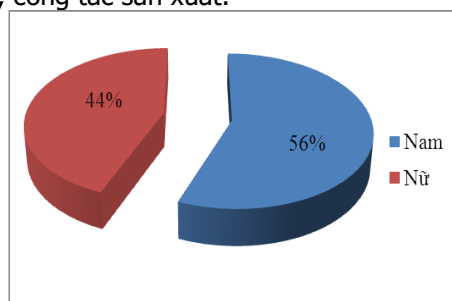
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Sự phân bố tuổi và giới

Giới	Nhóm tuổi				n
	15- 30	31- 45	46 - 60	>60	
Nam	29	31	9	6	75
Nữ	19	26	12	3	60
N	48	57	21	9	135

Dị hình vách ngăn trên người bệnh có bệnh lý mũi xoang tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 30 - 45 gặp 57/135 trường hợp chiếm tỷ lệ 42,2 %, và nhóm tuổi từ 15- 30 gặp 48/ 135 trường hợp chiếm tỷ lệ 35,6%. Nhóm tuổi 45 – 60 gặp 21/ 135 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,6%, nhóm tuổi > 60 tuổi gặp 9/ 135 trường hợp chiếm 6,7%. Tỷ lệ bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi từ 15-45 trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 105/135 chiếm 77,8% so sánh với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Tư Thế, Quách Thị Cần và Nguyễn Quốc Dũng (2012) nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 16 - 40 tuổi 83,6%. Nghiên cứu của Trần Công Hòa, Nguyễn Kim Tôn (2007) thì lứa tuổi từ 17 - 45 chiếm tỷ lệ 92,3%. Nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận, Đào Gia Hiền (2010) lứa tuổi 16-40 chiếm 74,9%. Như vậy, so với một số tác giả trong nước, kết quả nghiên cứu này cũng tương tự về độ tuổi, lứa tuổi hay gặp tập trung chủ yếu ở độ tuổi thanh niên, cũng là độ tuổi đang sung sức trong học tập, lao động, công tác sản xuất.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo giới

- Trên 135 bệnh nhân nghiên cứu này tỉ lệ nam nhiều hơn nữ giới. Nam gặp 75/ 135 trường hợp chiếm tỷ lệ 56%, nữ gặp 60/ 135 trường hợp chiếm tỷ lệ 44%, sự chênh lệch này không lớn, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Tôn dị hình vách ngăn ở nam giới chiếm tỷ lệ 62,3% so với nữ giới 37,7%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế, tỷ lệ nam giới 67,6% cao hơn nữ giới 32,4%, và của nhóm tác giả Nguyễn Thị Thu Nga và Lâm Huyền Trân (2010) Nam 51,6% nhiều hơn nữ 48,4%. Ở đây không phải dị hình vách ngăn ở

nữ giới ít gặp hơn nam giới mà có thể là do tâm lý của người bệnh và do sức chịu đựng của nữ tốt hơn nên khi gây khó chịu quá nhiều họ mới đi khám bệnh.

3.2. Lý do vào viện và tiền sử

Bảng 3.2. Lý do vào viện

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngạt mũi	100	74,1
Chảy mũi	86	63,7
Đau đầu	32	23,7
Mất ngủ	32	23,7

Bệnh nhân đến khám với lý do ngạt mũi, chảy mũi là chính lần lượt gặp 100/135 và 86/135 trường hợp chiếm tỷ lệ 77,1 % và 63,7 % ngạt mũi là than phiền thường gặp nhất của dị hình vách ngăn. Ngoài ra còn có các lý do khác ở người trưởng thành như đau đầu và giảm ngủ cũng gặp 32/135 trường hợp chiếm 23,7%. Các triệu chứng trên cũng là những triệu chứng cơ năng trong viêm mũi xoang.

Bảng 3.3. Tiền sử

Tiền sử	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chấn thương	39	28,9
HC trào ngược	40	29,6
Thuốc lá	42	31,1
Rượu	39	28,9

Đáng chú ý là tiền sử chấn thương vùng mũi gặp 39/135 trường hợp chiếm 28,9%, so với các tiền sử khác như trào ngược gặp 40/135 chiếm 29,6%, thuốc lá 42/135 chiếm 31,1% và rượu 39/135 chiếm 28,9%, ta thấy các tiền sử bệnh gần tương tự nhau. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế tiền sử chấn thương gặp 73/102 trường hợp chiếm 71,6% cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Qua đó cho thấy dị hình vách ngăn có mối liên quan với tiền sử chấn thương và chấn thương một nguyên nhân gây dị hình vách ngăn mắc phải, chúng ta đã biết ở nước ta tai nạn giao thông đứng hàng đầu, ngoài ra chấn thương có thể gặp trong hoạt động thể thao và lao động. Điều đó khuyến cáo các bác sỹ nên chú trọng xử trí chấn thương xương chính mũi, ngay cả những trường hợp rất nhẹ.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

3.3.1. Triệu chứng cơ năng. Các triệu chứng cơ năng thông thường, thường gặp trong

dị hình vách ngăn như ngạt mũi, chảy mũi, đau đầu... Được xác định bằng hỏi bệnh, thăm khám bệnh, Dị hình vách ngăn mũi không gây nên nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân nhưng lại thường xuyên gây ra cho bệnh nhân khó chịu, phiền toái từ đó ảnh hưởng tới sinh hoạt, lao động, học tập, công tác và là nguyên nhân gây nên bệnh lý viêm mũi xoang, viêm họng, viêm thanh quản... chính vì những khó chịu này làm bệnh nhân phải đi khám bệnh và điều trị.

Bệnh nhân thường đến khám với nhiều lý do khác nhau nhưng chủ yếu là ngạt tắc mũi, chảy mũi, đau đầu, giảm hoặc mất ngủ...

Bảng 3.4. Phân bố triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngạt mũi	116	85,9
Hắt hơi	106	78,5
Chảy mũi	95	70,4
Ngủ kém	50	37,0
Đau đầu	34	25,2

Triệu chứng ngạt mũi gặp 116/ 135 chiếm 85,9 % đối tượng nghiên cứu, là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất kết quả này tương tự với các tác giả như Nguyễn Kim Tôn (2007) ngạt mũi chiếm 98,3%, Nayak D R (2002) ngạt mũi chiếm 82,5% và Janardhan R J (2005) ngạt mũi chiếm 74,0. Ngạt mũi chủ yếu gặp bệnh nhân có ngạt một bên 83/135 trường hợp chiếm 71,6%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận, Đào Gia Hiên (2010) ngạt mũi 1 bên gặp 97/115 trường hợp chiếm 84.3%.

Tỷ lệ ngạt hai bên 33/135 trường hợp chiếm 28.4%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận, Đào Gia Hiên (2010) ngạt mũi 2 bên gặp 18/115 trường hợp chiếm 15.6%.

Ngạt mũi chủ yếu là ngạt từng lúc 79/116 trường hợp chiếm 68,1%. Ngạt liên tục gặp 37/116 trường hợp chiếm 31.9%, những trường hợp ngạt liên tục chủ yếu ở những bệnh nhân có dị hình vách ngăn kèm theo có polyp mũi hay cuốn mũi quá phát làm cản trở hoàn toàn luồng không khí đi qua mũi. Tương tự như vậy ta thấy ngạt mũi không hoàn toàn gặp 94/116 trường hợp chiếm 81,0%, ngạt mũi hoàn toàn ít gặp hơn có 22/116 trường hợp chiếm 19.0%.

Triệu chứng ngạt mũi trên lâm sàng của nhóm phân loại nhẹ cao gấp 25,5 lần so với nhóm phân loại không ngạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Qua đo gương Glatzen thấy phân độ ngạt bên phải chiếm 40,7%, và bên trái 32,6% không khác biệt nhiều, rất ít đối tượng ngạt cả 2 bên 8,2%. Điều này thường tương ứng với bên có tổn thương dị hình vách ngăn, nghẹt mũi thường

nghẹt một bên, chủ yếu bên vẹo lệch nhiều, kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Thu Nga và Lâm Huyền Trân. Vẹo vách ngăn lâu ngày có thể làm cho cuốn mũi dưới nở to ra ở bên lõm của vách ngăn. Đôi khi bên lõm lại làm cho bệnh nhân cảm thấy nghẹt mũi nhiều hơn, điều này có lẽ do cuốn mũi dưới nở to hoặc do luồng khí bị loạn xoáy bên hốc mũi này. Vì vậy mức độ ngạt mũi không phản ánh chính xác tình trạng vẹo vách ngăn.

• **Chảy mũi:** Cũng là dấu hiệu cơ năng thường đi kèm với ngạt mũi trong dị hình vách ngăn, chảy mũi là một trong các triệu chứng chính của viêm mũi xoang, về tính chất dịch mũi trong nghiên cứu này chia thành dịch nhầy trong, dịch nhầy đục và dịch vàng xanh, khi chưa có biểu hiện nhiễm khuẩn, khi có tình trạng nhiễm khuẩn thì dịch có dạng mủ nhầy đục.

Chảy mũi gặp 95/135 trường hợp chiếm tỉ lệ 70,4%, không chảy mũi gặp 40/ 135 trường hợp chiếm tỉ lệ 29,6%, thường gặp chảy mũi hai bên 85/95 bệnh nhân chiếm 89,5%. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn so với trong nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận, Đào Gia Hiên (2010) thì chảy mũi gặp 55/60 bệnh nhân chiếm 91,7%, không chảy mũi gặp 5/60 trường hợp chiếm 8,3%, và cao hơn kết quả của Nguyễn Tư Thế chảy mũi gặp 55/102 trường hợp chiếm 53,9%.

Chảy mũi cả hai vị trí trước và sau, trong đó chảy mũi sau gặp 11/95 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 11,6%. Chảy mũi là do phản ứng viêm tăng tiết của niêm mạc, đồng thời các dị hình làm cản trở, bít tắc con đường vận chuyển niêm dịch gây nên ứ trệ tăng tiết nhầy, tạo điều kiện môi trường bội nhiễm vi khuẩn, dị hình vách ngăn gây chèn ép vào cuốn mũi ảnh hưởng đến sự dẫn lưu của phức hợp ổ ngách các xoang cạnh mũi làm ứ tắc dịch mũi làm vi khuẩn phát triển. Kết quả trong nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Janardhan R J, chảy mũi sau là 8,0%, Võ Thanh Quang nghiên cứu 126 trường hợp thấy có 89,43% số trường hợp chảy dịch cả mũi trước và sau, 2,44% số trường hợp chảy dịch mũi sau đơn thuần và 8,13% trường hợp chảy dịch mũi trước đơn thuần. Chảy mũi đa số có tính chất dịch mũi là loãng trong 62% và mủ nhầy đục 35,8% ít gặp chảy mũi vàng xanh và có mùi hôi, chỉ có 2/95 trường hợp chiếm 2,2%.

• **Đau đầu:** Là một dấu hiệu thường thấy đi kèm với ngạt mũi, chảy mũi và hắt hơi. Dị hình vách ngăn chạm với thành bên của mũi gây đau đầu ngày càng tiến triển, Đau đầu mang tính phản xạ vẹo vách ngăn nằm ở cuốn mũi giữa

hoặc cuốn mũi dưới, thường dẫn đến đau đầu ở bên cùng bên vách bị vẹo, đau đầu trong dị hình vách ngăn là do phần dị hình của vách ngăn tỳ vào cuốn mũi gây kích thích vào nhánh thứ II của dây thần kinh tam thoa. Dị hình vách ngăn phần cao thường gây nhức đầu trong khi đó dị hình phần thấp thường gây nghẹt mũi. Nguyên nhân đau nhức có thể do hậu quả của những hiện tượng sau: Do hai mặt niêm mạc đối diện đè vào nhau kéo dài, do xoang thông khí kém hoặc không thông khí tạo áp lực âm trong xoang. Các dị hình vách ngăn làm tăng nguy cơ hai mặt niêm mạc đè vào nhau, bản thân các dị hình cũng gây bít tắc con đường vận chuyển niêm dịch trên vách mũi xoang. Do đó dịch tiết bị ứ đọng nhiều trong xoang, nhất là vùng xoang hàm, có thể đây là lý do chúng tôi bắt gặp tỷ lệ đau đầu vùng má – vùng tương ứng với xoang hàm là cao nhất.

Đau đầu gặp 34/135 trường hợp chiếm tỷ lệ 25,2%, không đau đầu gặp 101/ 135 trường hợp chiếm 74,8%. So sánh thấy thấp hơn với các nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Kim Tôn (2007) đau đầu chiếm 66,7%, Nayak D R (2002) đau đầu chiếm 73,3% Nguyễn Tư Thế, Quách Thị Cần, Nguyễn Quốc Dũng đau đầu chiếm 88,5%, và cao hơn tác giả Janardhan R J (2005) đau đầu chiếm 20,0%.

Trong nghiên cứu này phân chia ra 5 vùng đau đầu khác nhau: Vùng trán, má, thái dương, đỉnh chẩm và góc mũi mắt. Trong nghiên cứu gặp đau đầu vùng má cao nhất 21/34 trường hợp với tỷ lệ 61,8%, cao hơn so với Hoàng Thái Hà 51,7%. Vùng góc mũi mắt gặp 17/34 trường hợp chiếm 50% và vùng trán gặp 17/34 trường hợp chiếm 50%. Vùng đỉnh chẩm không gặp trường hợp nào.

• **Hắt hơi:** Cũng là dấu hiệu thường thấy hay đi kèm với ngạt mũi, chảy mũi trong dị hình vách ngăn. Bệnh nhân có triệu chứng hắt hơi, sổ mũi nhất là khi trời lạnh hoặc hít phải nhiều bụi. Nguyên nhân là do phần vách ngăn bị vẹo nằm đối diện với cuốn dưới thì khi hít vào, cuốn dưới nở ra sẽ chạm vào phần vách ngăn này, kích thích niêm mạc của cuốn mũi dẫn đến triệu chứng trên.

Triệu chứng hắt hơi gặp 106/ 135 trường hợp chiếm tỷ lệ 78,5% là một tỷ lệ cao không hắt hơi gặp 29/ 135 trường hợp chiếm 21,5%. So sánh thấy thấp hơn với các nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Kim Tôn (2007) hắt hơi chiếm 81,7%, và cao hơn tác giả Nayak D R (2002) hắt hơi chiếm 55,8%, Janardhan R J (2005) hắt hơi chiếm 15,0%, và nhóm nghiên cứu Nguyễn Tư

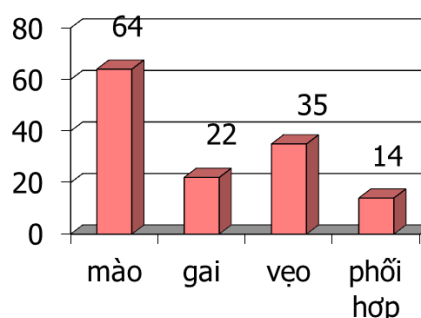
Thế, Quách Thị Cần, Nguyễn Quốc Dũng hắt hơi chiếm 73,8%.

• **Giảm và mất ngủ:** Là triệu chứng cơ năng ít gặp hơn ngủ kém thường ít gặp trong vẹo vách ngăn mũi đơn thuần. Vì chỉ khi vẹo vách ngăn làm cản trở cơ học luồng không khí đi tới tầng khứu giác hoàn toàn hoặc biến chứng viêm mũi xoang làm tổn thương niêm mạc ở khe khứu giác thì mới xuất hiện giảm khứu. Rối loạn ngủ là triệu chứng khó đánh giá, phụ thuộc nhiều vào cảm giác chủ quan của bệnh nhân. Việc phát hiện hai dấu hiệu giảm ngủ hoặc mất ngủ chỉ mang tính chất tương đối, thường chỉ được khẳng định ở những bệnh nhân viêm mũi xoang nặng, có polyp độ 3 hoặc độ 4, chủ yếu do dòng không khí hít vào bị cản trở không đến được vùng khe khứu.

Triệu chứng giảm và mất ngủ gặp 50/ 135 trường hợp chiếm 37% còn không giảm và mất ngủ gặp 85 trường hợp chiếm 63%. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Kim Tôn (2007) giảm và mất ngủ chiếm 40,0%, và cao hơn các tác giả Nayak D R (2002) giảm và mất ngủ chiếm (21,0%), Janardhan R J (2005) giảm và mất ngủ chiếm 4,0%, và nhóm nghiên cứu Nguyễn Tư Thế, Quách Thị Cần, Nguyễn Quốc Dũng giảm và mất ngủ chiếm 9,8%. Chính kết quả nghiên cứu khác nhau nhiều cho thấy sự không ổn định của triệu chứng rối loạn ngủ.

Thường thấy giảm và mất ngủ 1 bên 32/ 50 trường hợp chiếm 64% và 18/50 trường hợp giảm, mất ngủ hai bên chiếm 36%. Giảm và mất ngủ không hoàn toàn gặp 44/50 trường hợp chiếm 88%, giảm và mất ngủ hoàn toàn chỉ gặp 6/50 trường hợp chiếm 12%, đó là những trường hợp có dị hình vách ngăn kèm theo phù nề niêm mạc mũi, polyp mũi gây cản trở đưa phân tử có mùi lên tầng khứu giác mới gây nên hiện tượng này.

3.2.2. Triệu chứng thực thể qua nội soi



Biểu đồ 3.2. Phân bố tỷ lệ các loại dị hình vách ngăn qua nội soi

Trong số 135 bệnh nhân nghiên cứu: Hình

thái mào vách ngăn chiếm 47,4%, vẹo vách ngăn chiếm 25,9%, trong khi đó gai vách ngăn chiếm tỷ lệ (16,3%), và phối hợp chiếm 10,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Kim Tôn vẹo vách ngăn chiếm 40,0%, mào vách ngăn chiếm 23,3%, phối hợp chiếm 21,7% và gai vách ngăn chiếm 15,0%, nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế dị hình vách ngăn dạng mào chiếm tỷ lệ 39,3%, vẹo vách ngăn chiếm 37,7%, trong khi đó gai vách ngăn chiếm tỷ lệ 14,8% và phối hợp chiếm tỷ lệ 8,2%, như vậy kết quả trong nghiên cứu

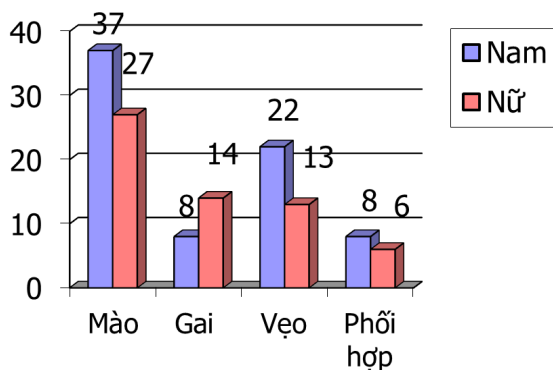
này tương tự với các tác giả khác khi dị hình vách ngăn dạng mào và dạng gai đều chiếm tỷ lệ cao hơn các hình thái dị hình còn lại.

Trong nghiên cứu này dị hình vách ngăn dạng mào chiếm 47,4%, phù hợp với công trình nghiên cứu của J. Janardhan Rao và cs. (2005) mào vách ngăn chiếm 46%, của Ingo Baumann and Helmut Baumann (2007) mào vách ngăn chiếm 46%, cao hơn kết quả nghiên cứu của nhóm Nguyễn Thị Thu Nga và Lâm Huyền Trân (2010) mào vách ngăn chiếm tỷ lệ 36,5%.

Bảng 3.5. Phân bố các loại dị hình vách ngăn theo nhóm tuổi

Dị hình Vách ngăn Nhóm tuổi	Mào		Gai		Vẹo		Phối hợp		n	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
15 - 30	28	20,7	6	4,4	10	7,4	4	3,0	48	35,6
30 - 45	26	19,3	11	8,1	13	9,6	7	5,2	57	42,2
45 - 60	7	5,2	4	3,0	7	5,2	3	2,2	21	15,5
> 60	3	2,2	1	0,7	5	3,7	0	0,0	9	6,7
N	64	47,4	22	16,3	35	25,9	14	10,4	135	100

Mối liên quan của dị hình vách ngăn với nhóm tuổi: Nhóm tuổi 30- 45 có dị hình vách ngăn cao nhất gặp 57/135 bệnh nhân, trong đó dạng mào gặp 26/ 57 trường hợp, sau đó là dị hình dạng vẹo gặp 13/57 trường hợp. Nhóm tuổi 15- 30 có dị hình vách ngăn gặp 48/135 bệnh nhân, trong đó dạng mào gặp 28/ 48 trường hợp sau đó là dị hình dạng vẹo gặp 10/48 trường hợp. Nhóm tuổi 45- 60 có dị hình vách ngăn gặp 21/135 bệnh nhân, trong đó dạng mào gặp 7/ 21. Qua đó cho thấy trong các nhóm tuổi cũng hay gặp nhất dị hình vách ngăn dạng mào và dị hình vách ngăn dạng vẹo.



Biểu đồ 3.3. Phân bố các loại dị hình vách ngăn theo giới

Trong nghiên cứu này tỷ lệ phân bố 4 loại dị hình theo giới không đều nhau, cả hai giới cũng gặp chủ yếu dị hình vách ngăn dạng mào và

dạng vẹo, và ở nam cao hơn ở nữ với dị hình vách ngăn dạng mào, vẹo và dạng phối hợp riêng dạng gai ở nữ cao hơn ở nam. Tuy nhiên có thể là do trong nghiên cứu tỷ lệ nam cao hơn nữ nên có kết quả như vậy.

IV. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân có dị hình vách ngăn và có bệnh lý mũi xoang

- Về tuổi: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 15 - 45 tuổi, có 105/ 135 trường hợp chiếm 77,8%
- Giới: Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới.
- Tiền sử chấn thương gặp 39/135 bệnh nhân chiếm 28,9%.

2. Các hình thái dị hình vách ngăn qua nội soi trên bệnh nhân có bệnh lý mũi xoang

Trong nghiên cứu gặp chủ yếu 4 loại dị hình vách ngăn chính:

- Dị hình vách ngăn dạng mào, là dị hình gặp nhiều nhất 64/135 bệnh nhân chiếm (47,4%). Đây cũng là kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.
- Dị hình vách ngăn dạng vẹo, gặp 35/135 bệnh nhân chiếm 25,9%.
- Dị hình vách ngăn dạng gai, gặp 22/135 bệnh nhân chiếm 16,3%.
- Dị hình vách ngăn dạng phối hợp, gặp 14/135 bệnh nhân chiếm 10,4%.

Như vậy, trên nội soi chủ yếu là dạng mào dạng vẹo ít hơn là dạng gai và dị hình vách ngăn phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Khắc Cường và cộng sự (2006)**, Vẹo vách ngăn mũi. Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang, 2(Nhà xuất bản Y học.), 98 - 105.
2. **Hoàng Thái Hà (2008)**, Nghiên cứu dị hình hốc mũi qua nội soi và chụp cắt lớp vi tính, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thu Nga và Lâm Huyền Trân (2010), Nghiên cứu phân loại các hình ảnh vẹo vách ngăn mũi qua nội soi ứng dụng trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn, Y học Hồ Chí Minh, 14.
4. **Nguyễn Tân Phong (2016)**, Phẫu thuật nội soi chức năng xoang, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Võ Thanh Quang (2004)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Phan Ngọc Toàn (2000)**, Phân tích đặc điểm thẩm mỹ mũi ở người Việt Nam trưởng thành, Nội san TMH, Số 2, 29 - 35.
7. **Nguyễn Kim Tôn Trần Công Hòa (2007)**, Nghiên cứu đặc điểm dị hình vách ngăn và đánh giá kết quả phẫu thuật, Y học Việt Nam, 44-47.
8. **Becker Devra (2010)**, Nasal Reconstruction and Aesthetic Rhinoplasty, Plastic and Reconstructive Surgery, 55, 313 - 325.
9. **Kridel R. W. et al (2010)**, The Nasal septum, Otolaryngology Head and neck Surgery, 82(Mosby), 1432 - 1472.
10. **Kumar ECV Janardhan RJ., Babu KR, Chowdary VS, Singh J, Rangamain SV, (2005)**, Classification of nasal septal deviations – relation to sinonasal pathology, Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery, vol. 57, No. 3, page 199 – 201.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC DO LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Đình Hòa¹, Vũ Đức Đạt², Đoàn Thị Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 65 BN xẹp đốt sống ngực do loãng xương tại khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2018 – 5/2019. **Kết quả:** BN lớn tuổi (≥ 70 tuổi) chiếm tỷ lệ 49,2%. 100% các đối tượng nghiên cứu có biểu hiện đau tại chỗ tương ứng với vùng tổn thương; có 70,8% đối tượng nghiên cứu biểu hiện hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau; điểm VAS trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu trước BXM là $7,3 \pm 1,1$. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm VAS từ 7-8 chiếm tỷ lệ 60%; T-score trung bình là $-3,6 \pm 0,8$. Chỉ số T-score lớn nhất được ghi nhận là -6,8; có 56,2% đốt sống xẹp loại 1, có 35,6% đốt sống bị xẹp xếp loại 2, chỉ có 8,2% đốt sống xẹp loại 3. **Kết luận:** Bệnh nhân XĐS do loãng xương thường ở độ tuổi cao, đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 49,2%. Số lượng bệnh nhân nữ giới (89,2%) cao hơn nhiều so với nam giới (10,8%). Tất cả bệnh nhân đều có đặc điểm lâm sàng là đau tương ứng với đốt sống bị tổn thương; hạn chế vận động xuất hiện ở phần lớn các BN xẹp đốt sống (70,8%). XĐS có thể xuất hiện tự nhiên ở những bệnh nhân loãng xương hoặc sau các chấn thương nhẹ như ngã ngồi, cúi... và đập vào cột sống. Những bệnh nhân xẹp một đốt sống (89,2%) hay xẹp hình chêm (56,2%) chiếm tỷ lệ

cao trong nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: xẹp đốt sống, loãng xương

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THORACICOSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES

Purpose: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with thoracic osteoporotic vertebral compression fractures (VCF). **Subjects and method:** A cross-sectional study on 65 patients with thoracic osteoporotic vertebral compression fractures in Department of Spine Surgery. - Viet Duc Hospital from June 2018 - May 2019. **Results:** Elderly patients (≥ 70 years old) accounted for 49.2%. 100% of the study subjects showed similar local pain corresponding to the affected area; 70.8% showed limited movement at different levels; The average VAS score was 7.3 ± 1.1 . The percentage of research subjects with VAS scores from 7-8 accounts for 60%; The average T-score is -3.6 ± 0.8 ; 56.2% of vertebral vertebrae with type 1 vertebra, 35.6% with vertebral fractures ranked level 2. **Conclusion:** Patients with VCF are often in advanced ages, especially the proportion of patients over 70 years old accounted for 49.2%. The number of female patients (89.2%) is much higher than that of men (10.8%). All patients have a clinical characteristic of pain corresponding to damaged vertebra; motor restriction appears in the majority of patients with vertebral collapse (70.8%). VCF can occur naturally in patients with osteoporosis or after minor injuries such as falling, sitting, hitting the spine. The number of patients with one vertebra (89.2%) or meniscus (56.2%) accounted for a high proportion in the study.

Từ khóa: Osteoporosis, vertebral compression fractures, thoracic osteoporotic vertebral compression fractures.

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

³Viện Y học ứng dụng Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là sự giảm khối lượng và chất lượng của hệ thống xương [1] dẫn đến giảm sức chống đỡ và chịu lực, làm xương mỏng dần, dễ gãy, dễ lún xẹp, đặc biệt là ở các vị trí chịu lực của cơ thể như cột sống, cổ xương đùi, đầu dưới xương quay... [3]. Xẹp đốt sống (XĐS) do loãng xương là một biến chứng hay gặp của loãng xương. XĐS do loãng xương thường không gây tử vong nhưng gây nên những thương tật nặng nề và ảnh hưởng trầm trọng đến kinh tế cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của XĐS là đau lưng cấp tính, có hoặc không có liên quan với một chấn thương trước đó. Ngoài ra còn có thể kể đến các triệu chứng khác như đau lưng mãn tính, biến dạng cột sống, chèn ép rễ thần kinh, chèn ép tủy sống... Bệnh nhân (BN) giảm hoạt động thể chất, dễ bị căng thẳng, mất ngủ và trầm cảm. Phụ nữ có XĐS do loãng xương có nguy cơ tử vong cao hơn từ 2-2,7 lần phụ nữ cùng lứa tuổi không có XĐS. Để xây dựng cơ sở cho chẩn đoán xẹp đốt sống, chúng tôi giới thiệu bài báo "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả BN xẹp đốt sống ngực do loãng xương tại khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2018 – 5/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện; chọn tất cả các BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 6/2018 đến tháng 5/2019

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0

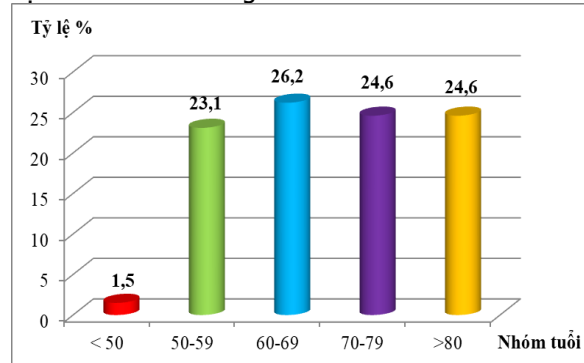
2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội, khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức đồng ý; Thông tin của các bệnh nhân được bảo mật và mã hóa; Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung theo nhóm tuổi

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 6/2018 đến 5/2019, tổng số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 65. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $69,9 \pm 10,7$. Trong đó, đối tượng nghiên cứu có tuổi trẻ

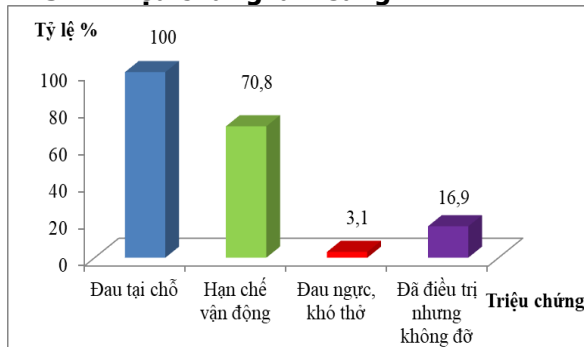
nhất là 49, đối tượng nghiên cứu có tuổi lớn nhất là 92. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu thành 5 nhóm đối tượng nghiên cứu theo các nhóm tuổi: dưới 50 tuổi, từ 50-59 tuổi, từ 60-69 tuổi, từ 70 đến 79 tuổi, và trên 80 tuổi. Dưới đây là biểu đồ phân bố tỉ lệ bệnh nhân theo từng nhóm tuổi trên.



Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN lớn tuổi (≥ 70 tuổi) chiếm tỉ lệ 49,2%; nhóm BN < 50 tuổi chiếm tỉ lệ 1,5%; nhóm BN từ 50- 59 tuổi chiếm 23,1%; nhóm BN từ 60- 69 tuổi chiếm 26,2%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: 100% các đối tượng nghiên cứu có biểu hiện đau tại chỗ tương ứng với vùng tổn thương; có 70,8% đối tượng nghiên cứu biểu hiện hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau; có 3,1% đối tượng nghiên cứu có biểu hiện đau ngực, khó thở; có 16,9% đối tượng nghiên cứu đã tự điều trị hoặc đã điều trị tại tuyến dưới nhưng không đỡ.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thang điểm VAS trước bơm xi măng

VAS	N	%
0. Không đau	0	0
1-2. Đau nhẹ	0	0
3-4. Đau vừa	0	0

5-6. Đau nhiều	19	29,2
7-8. Đau dữ dội	39	60
9-10. Đau khủng khiếp	7	10,8
Tổng	65	100

Nhận xét: Điểm VAS trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu trước BXM là $7,3 \pm 1,1$. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm VAS từ 5-6 chiếm tỉ lệ 29,2%, từ 7-8 chiếm tỉ lệ 60%; từ 9-10 điểm là 10,8%. Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào đối tượng nghiên cứu đến viện trong tình trạng không đau, đau nhẹ hoặc đau vừa.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

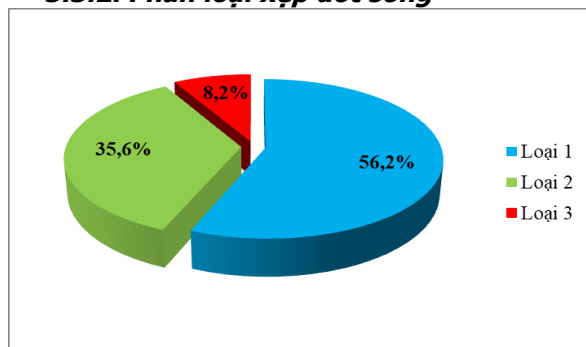
3.3.1. Đặc điểm cận lâm sàng theo mật độ xương

Bảng 2. Chỉ số T- score của đối tượng nghiên cứu

T- score	
- $3,6 \pm 0,8$	Mean $\pm$ SD
(-2,5) – (-6,8)	Min - Max

Nhận xét: Trong 65 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 6 đối tượng nghiên cứu từng được bơm xi măng điều trị XĐS do loãng xương. Chỉ số T- score của 6 BN này chịu ảnh hưởng của vật liệu BXM trước đó. Do vậy, chúng tôi tính chỉ số T-score trung bình là của 59 đối tượng nghiên cứu còn lại là $-3,6 \pm 0,8$. Chỉ số T- score lớn nhất được ghi nhận là -6,8 và chỉ số T- score nhỏ nhất được ghi nhận -2,5.

3.3.2. Phân loại xếp đốt sống



Biểu đồ 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phân loại xếp đốt sống của Kannis

Nhận xét: Trong số 73 đốt sống bị xếp, có 56,2% đốt sống xếp loại 1, có 35,6% đốt sống bị xếp xếp loại 2, chỉ có 8,2% đốt sống xếp loại 3.

3.3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tổn thương trên phim chụp MRI

Trong 65 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 100% đối tượng nghiên cứu được chụp phim MRI, và có biểu hiện phù thân đốt sống trên phim chụp, biểu hiện giảm tín hiệu tủy trên chuỗi xung T1W và tăng tín hiệu tủy trên chuỗi xung T2W.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung theo nhóm tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số đối tượng nghiên cứu là 65. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $69,9 \pm 10,7$. Trong đó, đối tượng nghiên cứu có tuổi thấp nhất là 49, đối tượng nghiên cứu có tuổi cao nhất là 92. Nghiên cứu có sự phù hợp về độ tuổi trung bình với các nghiên cứu của Đàm Thủy Trang [4] trên 15 BN xếp đốt sống thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 75,8, BN ít tuổi nhất là 58 tuổi, BN cao tuổi nhất là 90 tuổi. Nghiên cứu của Ge và cs [5] trên 38 BN xếp đốt sống, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 60,3; BN ít tuổi nhất là 55 tuổi, BN cao tuổi nhất là 72 tuổi. Các nghiên cứu đều cho thấy XĐS gặp chủ yếu ở người cao tuổi. Nguyên nhân của XĐS là do quá trình loãng xương tuổi già gặp ở người cao tuổi [2][6].

Về triệu chứng lâm sàng, Đau và hạn chế vận động là triệu chứng chính khiến BN đến viện. Nghiên cứu Robinson và cs [7], điểm VAS trung bình trước điều trị là $7,97 \pm 1,41$ cho thấy đối tượng nghiên cứu được BXM đều có điểm VAS cao. Các đối tượng này thường đau lưng dữ dội, đau không thể chịu đựng được.

100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng $\leq -2,5$. Chỉ số T-score trung bình đo tại cột sống thắt lưng của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $-3,6 \pm 0,8$. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng [1] trên 73 BN được bơm xi măng sinh học có bóng, 100% BN được chẩn đoán loãng xương T-score $\leq -2,5$; chỉ số T-score trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $-3,9 \pm 0,9$. Do mật độ xương là cần thiết cho các bệnh nhân có xếp đốt sống. Ngoài mục đích chẩn đoán loãng xương, đo mật độ xương còn cần thiết vì sau khi tạo hình đốt sống qua da, đối tượng nghiên cứu sẽ được tư vấn điều trị loãng xương để phòng tránh nguy cơ gãy xương về sau.

Tổn thương XĐS hình chêm (loại 1) là hay gặp hơn cả trong nhóm nghiên cứu. Điều này có thể giải thích được như sau: Hệ thống cơ, dây chằng (trừ dây chằng dọc trước) và các diện khớp của cột sống đều ở về phía sau thân đốt sống, chính những hệ thống này đã làm tăng tính vững chắc cho các bề xương ở phía sau thân đốt sống. Do đó, tổn thương thường xảy ra nhiều hơn ở phần trước của thân đốt sống. Mặt khác, THĐS bằng bơm xi măng sinh học với đối tượng nghiên cứu xếp loại 2 và 3 gặp rất nhiều khó khăn. Do đốt sống bị xếp nhiều, vị trí cố định sống trên C-arm nhiều khi khó xác định, nên gặp

hiều trở ngại để chọc kim vào đốt sống. Mặt khác, đường vỡ phức tạp nên khi bơm với áp lực cao, xi măng có thể tràn ra ngoài gây nên biến chứng.

Về triệu chứng cận lâm sàng, Trong 65 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 100% đối tượng nghiên cứu được chụp phim MRI và có biểu hiện phù thân đốt sống trên phim chụp, biểu hiện giảm tín hiệu tủy trên chuỗi xung T1W và tăng tín hiệu tủy trên chuỗi xung T2W. Hình ảnh phù nề thân đốt sống biểu hiện tính mới của tổn thương, là nguồn gốc gây đau lưng cho bệnh nhân. Khi lựa chọn và điều trị can thiệp cho các đốt sống xẹp mới này thì hiệu quả điều trị được cải thiện đáng kể, trong đó có triệu chứng đau trên lâm sàng. Những đốt sống xẹp không có phù tủy xương trên phim chụp MRI thường là những đốt sống xẹp mạn tính. Khi đó xương trong thân đốt sống đã liền, rất cứng, không thể tiến hành chọc kim được vào thân đốt sống nên những trường hợp như vậy không có chỉ định tạo hình đốt sống qua da [8].

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân XĐS do loãng xương thường ở độ tuổi cao, đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 49,2%. Số lượng bệnh nhân nữ giới (89,2%) cao hơn nhiều so với nam giới (10,8%).

- Tất cả bệnh nhân đều có đặc điểm lâm sàng là đau tương ứng với đốt sống bị tổn thương; hạn chế vận động xuất hiện ở phần lớn các BN xẹp đốt sống (70,8%).

- XĐS có thể xuất hiện tự nhiên ở những bệnh nhân loãng xương hoặc sau các chấn thương nhẹ như ngã ngồi, cúi... và đập vào cột sống.

- Những bệnh nhân xẹp một đốt sống (89,2%) hay xẹp hình chêm (56,2%) chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Mạnh Hùng (2018).** Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015).** Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. NXB Y học, Hà Nội.
3. **Hồ Hữu Lương (2012).** Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm. NXB Y học, Hà Nội.
4. **Đàm Thủy Trang (2013).** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị xẹp đốt sống mới do loãng xương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Ge Z, Ma R, Chen Z, et al (2013).** Unilateral pedicle kyphoplasty for the treatment of thoracic osteoporotic vertebral fractures. *Orthopedics*, **36**, e1020-4.
6. **Lane E.N (2006).** Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *Am J Obstet Gynecol*, **194**, S3-11.
7. **Robinson Y, Tschoke K.S, Stahel F.P, et al (2008).** Complications and safety aspects of kyphoplasty for osteoporotic vertebral fractures: a prospective follow-up study in 102 consecutive patients. *Patient Saf Surg*, **2**, 2.
8. **Varacallo A.M and Fox J.E (2014).** Osteoporosis and its complications. *Med Clin North Am*, **98**, 31-817.

ĐẶC ĐIỂM MẮC DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BẾN CÁT, BÌNH DƯƠNG

Võ Thị Kim Anh¹, Phạm Thị The², Văn Quang Tân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ tuổi, loại dị vật, thời gian mắc dị vật và các biện pháp xử lý của bệnh nhân mắc dị vật đường ăn đến khám tại Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát, Bình Dương. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, hỏi bệnh và khám lâm sàng tất cả 67 bệnh nhân mắc dị vật đường ăn đến khám tại TTYT Bến Cát từ 01/06/2017-01/05/2018. **Kết quả:**

trong 67 cas mắc dị vật đường ăn có 64 trường hợp mắc xương động vật (xương cá, xương gà) chiếm 95,51%, vỏ tôm, ghẹ 02 cas chiếm 2,98%, và tằm tre 01 cas chiếm 1,49%. Độ tuổi mắc dị vật cao nhất là từ 41-60 tuổi với 34 trường hợp chiếm 50,74%, tiếp theo là từ 21-40 tuổi với 20 cas chiếm 29,85%, từ 1-20 tuổi 11 cas chiếm 16,41%, thấp nhất là từ 61-80 tuổi với 2 cas chiếm 3%. Nghiên cứu cũng cho thấy 68,65% đến bệnh viện sau 1-2 ngày mắc dị vật, 25,37% trường hợp bệnh nhân đến bệnh viện sau 3-4 ngày, 5,8% bệnh nhân đến cơ sở y tế sau 4-5 ngày. **Kết luận:** Việc đến cơ sở y tế muộn hoặc tự xử lý theo dân gian truyền miệng có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng, viêm sung huyết, áp xe hạ-họng... rất nguy hiểm. Do vậy khuyến nghị người dân khi mắc dị vật nhỏ, khó xử lý, dị vật sắc nhọn hoặc mắc ở các vị trí sâu, nguy hiểm phải đến ngay cơ sở y tế có chuyên khoa gần nhất để xử lý kịp thời.

Từ khóa: đặc điểm dị vật đường ăn.

¹Đại Học Thăng Long

²Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát

³Bệnh viện đa khoa Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUGAR-EATING FOREIGN OBJECTS AT THE MEDICAL CENTER OF BEN CAT TOWN, BINH DUONG PROVINCE, 2018

Objectives: to determine the rate of age, type of sugar-eating foreign objects, duration of the sugar-eating foreign objects and the treatment measures of patients with sugar-eating foreign objects to Ben Cat Town Health Center, Binh Duong province. **Methods:** designed a cross-sectional study of the description, questioning and clinical examination of all 67 patients suffering from sugar-eating anomalies at Ben Cat Health Center from June 1, 2017 to January 1, 2018.

Results: in 67 cases of sugar-eating foreign objects, there were 64 cases of animal bones (fish bones, chicken bones) accounting for 95.51%, shrimp shells, crabs with 02 cas accounted for 2.98%, and bamboo toothpick with 01 cas accounting for 1.49%. The highest age of the foreign body is from 41 to 60 years old with 34 cases accounting for 50.74%, followed by 21-40 years old with 20 cas accounted for 29.85%, from 1-20 years old 11 cas accounted for 16.41%, the lowest is from 61-80 years old with 2 cas accounting for 3%. The study also found that 68.65% went to the hospital after 1-2 days of anatomy, 25.37% of the patients went to the hospital after 3-4 days, 5.8% of the patients went to the health facility after 4-5 days.

Conclusion: Going to a health facility late or dealing with oral tradition can lead to infections, congestion, abscess... very dangerous. Therefore, it is recommended that people suffering from small, difficult-to-handle or sharp-edged objects in deep or dangerous positions should immediately go to the nearest specialized medical facility for timely treatment.

Key words: characteristics of sugar-eating foreign objects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường ăn nhất là các dị vật mắc sâu ở họng, hạ họng, thực quản hoặc các dị vật sắc nhọn có thể gây nguy cơ thủng hoặc áp xe họng, hạ họng, thực quản nguy hiểm đến tính mạng. Dị vật đường ăn hay gặp nhất trong các dịp lễ, tết, hội hè, người lớn thường mắc nhiều hơn trẻ em. Nguyên nhân chính thường do bất cẩn trong ăn uống, ăn vội vàng, vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa. Tại bệnh viện Tai-Mũi-Họng trung ương, trong 186 cas mắc dị vật đường ăn có 17 cas áp-xe trung thất, tỷ lệ tử vong 50% [1]. Khi mắc dị vật đường ăn đa phần người dân tự xử lý tại nhà bằng các biện pháp dân gian. Khi các dị vật sắc nhọn, mắc lại ở các vị trí sâu không thể tự lấy ra mới đến cơ sở y tế và thường đến muộn dẫn đến tình trạng viêm nhiễm rất nguy hiểm. Nhằm khái quát đặc điểm về dị vật đường ăn từ đó đưa ra các giải pháp tuyên truyền hợp lý, có hiệu quả đến người dân, giảm tình trạng mắc dị vật đường ăn, chúng tôi tiến hành thực

hiện đề tài với mục tiêu xác định tỷ lệ tuổi, loại dị vật, thời gian mắc dị vật và các biện pháp xử lý của bệnh nhân mắc dị vật đường ăn đến khám tại Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát, Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân mắc dị vật đường ăn đến khám tại phòng khám chuyên khoa Tai-Mũi-Họng TTYT Bến Cát từ ngày 01/06/2017 đến 01/05/2018.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

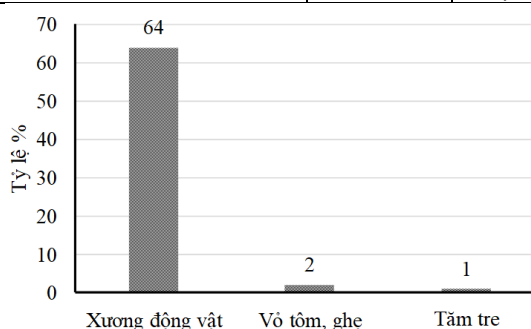
Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ 67 cas mắc dị vật đường ăn đến khám tại TTYT Bến Cát.

Thu thập số liệu: Thực hiện hỏi bệnh và khám dị vật đường ăn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

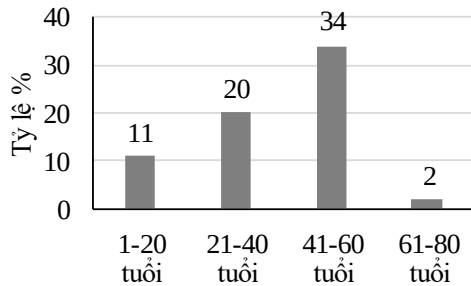
Bảng 1. Một số đặc điểm của bệnh nhân (n=67)

Đặc điểm nhân khẩu học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi: 1-20 tuổi	11	16,41
21-40 tuổi	20	29,85
41-60 tuổi	34	50,74
61-80 tuổi	02	3
Giới tính: Nam	32	47,76
Nữ	35	52,23
Dân tộc: Kinh	65	97,01
Khác	02	2,98
Nghề nghiệp: CBCNV	01	1,49
Công nhân	30	44,77
Nông dân	25	37,31
Lao động tự do	05	7,46
Khác	06	8,95



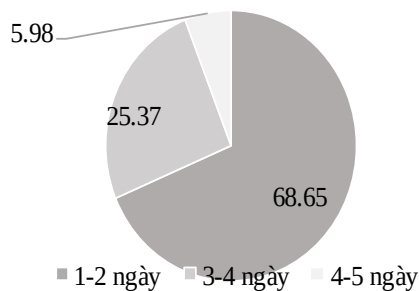
Biểu đồ 1. Phân loại dị vật đường ăn

Dị vật đường ăn là cấp cứu thường gặp trong chuyên khoa Tai-Mũi-Họng ở mọi lứa tuổi, cả nam và nữ. Dị vật bao gồm xương động vật các loại, vỏ tôm, ghẹ, tăm tre... Trong 67 cas mắc dị vật đường ăn, có 64 trường hợp mắc xương động vật (xương cá, xương gà) chiếm 95.51%, vỏ tôm, ghẹ 02 cas chiếm 2.98%, và tăm tre 01 cas chiếm 1.49%.



Biểu đồ 2. Độ tuổi mắc dị vật đường ăn

Nghiên cứu còn cho thấy tuổi mắc dị vật cao nhất là từ 41-60 tuổi với 34 trường hợp chiếm 50,74%, tiếp theo là từ 21-40 tuổi với 20 cas chiếm 29,85%, từ 1-20 tuổi 11 cas chiếm 16,41%, thấp nhất là từ 61-80 tuổi với 2 cas chiếm 3%. Ta thấy hơn 97% trường hợp mắc dị vật rơi vào độ tuổi từ 20-60 tuổi. Đây là độ tuổi lao động thường tranh thủ thời gian ăn cơm để nghỉ ngơi nên dễ bị mắc dị vật, một số nguyên nhân khác như nô đùa trong khi ăn, bất cẩn khi ăn, chế biến thức ăn chưa hợp lí.



Biểu đồ 3. Thời gian đến cơ sở y tế sau khi mắc dị vật (%)

Nghiên cứu cho thấy 68.65% đến bệnh viện sau 1-2 ngày mắc dị vật, 25.37% trường hợp bệnh nhân đến bệnh viện sau 3-4 ngày. 5.8% bệnh nhân đến cơ sở y tế sau 4-5 ngày. Thường xương động vật ngày thứ 2 trở đi đã gây nhiễm trùng, áp-xe tại vị trí mắc dị vật. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ không nhỏ (31.7%) bệnh nhân đến cơ sở y tế sau khi mắc dị vật từ 3-5 ngày. Do đến muộn, bệnh nhân có triệu chứng đau họng nhiều, nuốt đau, không ăn uống được, ứ nước bọt ở xoang lê, viêm sung huyết, áp xe hạ họng... rất nguy hiểm.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng tìm hiểu một số biện pháp dân gian bệnh nhân thường sử dụng để lấy dị vật trôi xuống dạ dày; nhờ người sinh ngược cào ngoài cổ để xương rơi ra... Những

biện pháp trên chẳng những không lấy được dị vật mà còn gây nguy cơ dị vật trôi xuống đâm sâu vào cổ họng khiến vùng họng bị phù nề, che khuất xương, tằm... nên khó lấy ra, để lâu gây viêm tấy, áp xe cổ họng, trường hợp nguy hiểm hơn gây thủng thực quản, áp-xe trung thất, nguy cơ tử vong cao.

Một số trường hợp: Ngày 24/10/2017 ông Huỳnh Ngọc Ân, 56 tuổi, địa chỉ tại Tân Hưng-Bàu Bàng mắc xương cá. Ông trình bày: "Chiều hôm qua ăn cơm mắc xương cá, tôi nuốt trọng cơm nhiều lần, uống nhiều nước cho xương trôi xuống dạ dày nhưng xương không trôi, đau họng nhiều, khó ăn uống nên tôi phải tới bệnh viện". Sau khi nội soi họng-thanh quản ống cứng 700 cho ông ghi nhận xương cá găm ở mặt trước giữa sụn nắp thanh thiệt nên lấy ra rất khó.

Trường hợp bà Lê Thị Chi 41 tuổi, địa chỉ Thới Hòa đến khám ngày 20/04/2018 bà nói: "Tôi mắc vỏ tôm 5 ngày nay, cổ họng đau, nuốt khó nên đến bệnh viện". Sau khi nội soi họng-thanh quản phát hiện vỏ tôm cắm ở rãnh lưỡi-thanh thiệt, đang viêm tấy, tiến hành lấy dị vật cho bà.

Bà Danh Thị Lợi, 40 tuổi đến khám ngày 16/02/2018 trình bày: "Tôi có thói quen ngậm nửa cây tằm sau khi ăn. Hôm nay tôi vừa ngậm tằm vừa nói chuyện cười đùa, tằm rơi vào cổ họng, nuốt khó và đau nên tôi vào bệnh viện". Sau khi nội soi họng-thanh quản phát hiện cây tằm nằm giữa rãnh lưỡi-thanh thiệt lấy ra hơi khó.

Hiện nay, tại TTYT thị xã Bến Cát đang sử dụng kĩ thuật nội soi họng-thanh quản bằng ống cứng. Bước đầu ứng dụng kĩ thuật cho thấy hiệu quả rõ rệt trong các trường hợp hỗ trợ lấy dị vật đường ăn như giúp lấy dị vật nhỏ mắc ở hốc amidan, đáy lưỡi, nếp lưỡi-thanh thiệt, rãnh lưỡi-thanh thiệt, sụn nắp thanh thiệt... Giải quyết nhanh các trường hợp mắc dị vật tại các vị trí khó, nguy hiểm, giảm được các biến chứng nặng nề do dị vật gây ra.

IV. KẾT LUẬN

Khi mắc các dị vật đường ăn nhất là các dị vật tại vị trí sâu, dị vật có tính chất sắc nhọn, người dân không nên sử dụng các biện pháp dân gian mà nên đến ngay cơ sở y tế có chuyên khoa để xử lí càng sớm càng tốt, tránh các biến chứng nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/ba-i-giang-chuyen-nganh/tai-mui-hong/di-vat-duong-an/999/>
2. <https://www.dieutri.vn/bgtaimuihong/benh-hoc-di-vat-duong-an/>

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Thân Hồng Anh*, Trương Đình Cẩm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 8 ở người cao tuổi (NCT) và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên các bệnh nhân tăng huyết áp (THA) từ 60 tuổi trở lên điều trị tại phòng khám Khoa điều trị cán bộ cao cấp Quân đội, bệnh viện Quân y 175 từ 10/2015 đến 03/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát huyết áp chung theo JNC 8 là 55,9%. Tỷ lệ kiểm soát ở các phân nhóm khác nhau: THA không kèm đái tháo đường (ĐTĐ) và bệnh thận mạn (BTM): 72,8%; THA kèm ĐTĐ (không BTM): 39,8%; THA kèm BTM (có hoặc không có ĐTĐ): 32,9%. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp quá chặt là 11%. Tuổi ≥ 70 và ĐTĐ làm giảm khả năng kiểm soát huyết áp. **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 8 là 55,9%, tuổi trên 70 và ĐTĐ là rào cản đối với kiểm soát huyết áp ở NCT.

Từ khóa: Tăng huyết áp, người cao tuổi.

SUMMARY

ASSESS THE STATUS OF BLOOD PRESSURE CONTROL AND SOME RELATED FACTORS IN THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

Objectives: Survey the hypertension rate according to JNC 8 in the elderly and some related factors. **Methods:** Cross-sectional study was analyzed in hypertensive patients aged 60 and older who were treated at the Department of Advanced Military Personnel Department, Military Hospital 175 from October 2015 to March 2016. Results: The overall, controlled blood pressure rate according to JNC 8 guidelines was 55.9%. The controlled blood pressure rates in different subgroups were: 72.8% (patients without diabetes and chronic kidney disease – CKD); 39.8% (patients with diabetes and no CKD); 32.9% (patients with CKD and with or without diabetes). The controlled blood pressure rate is too tight at 11%. Age above 70 and diabetes decreases blood pressure control. **Conclusions:** The rate of controlled blood pressure according to JNC 8 was 55.9%, over 70 years and diabetes is a barrier to control blood pressure in elderly people.

Keywords: Hypertension, elderly people.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong toàn cầu. Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hàng năm có

9,4 triệu người tử vong do THA. Ở Việt Nam, THA là một vấn đề y tế công cộng, tỷ lệ mắc là 25,1%. THA rất phổ biến ở người cao tuổi (NCT), chiếm khoảng trên 60% những người trên 65 tuổi. THA là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất về tim mạch, là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh lợi ích giảm biến chứng, giảm tử vong trong điều trị THA và kiểm soát tốt huyết áp ở NCT.

Năm 2014, khuyến cáo của JNC 8 đưa ra trị số huyết áp mục tiêu với người ≥ 60 tuổi $< 150/90$ mmHg, người bệnh thận và/hoặc đái tháo đường thì $< 140/90$ mmHg với bất kỳ lứa tuổi. Tại khoa điều trị cán bộ cao cấp quân đội - Bệnh viện quân y 175, bệnh nhân cao tuổi có THA chiếm hơn 50% số bệnh nhân đến khám và điều trị. Kiểm soát tốt huyết áp và điều trị các yếu tố nguy cơ là góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân THA. Hiện nay các nghiên cứu về đánh giá kiểm soát huyết áp theo JNC 8 trên NCT còn hạn chế, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tiêu: *xác định tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 8 ở NCT có THA và mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và một số yếu tố nguy cơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Những bệnh nhân THA ≥ 60 tuổi đang điều trị THA ngoại trú trên 1 tháng tại phòng khám Khoa Điều trị cán bộ cao cấp Quân đội bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10/2015 đến tháng 3/2016.

Tiêu chuẩn chọn vào: bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện được các bác sĩ của bệnh viện kê đơn và hướng dẫn điều trị thời gian trên 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính (nhiễm trùng, đột quỵ cấp, nhồi máu cơ tim cấp...); bệnh nhân không hợp tác (giảm thính lực, không hợp tác,...).

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích.

2.3. Biến số chính. Bệnh nhân được hỏi bệnh để xác định: tuổi, thời gian phát hiện THA, xác định yếu tố nguy cơ tim mạch, các thuốc huyết áp đang điều trị.

Đo chỉ số nhân trắc của bệnh nhân: chiều cao, cân nặng, tính BMI.

*Bệnh viện quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

Đo huyết áp tại phòng khám khoa A1- BV 175.
Làm các xét nghiệm cận lâm sàng: nhóm mỡ, đường máu, định lượng Creatine huyết thanh, albumin niệu.

2.4. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

Kiểm soát huyết áp theo khuyến cáo của JNC 8
Kiểm soát huyết áp quá chặt: HA TT < 120mmHg và/hoặc HA TTr < 60mmHg.

Đái tháo đường: chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2009.

Bệnh thận mạn: chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDOQI – Hội thận học Hoa Kỳ 2002.

Rối loạn lipid máu: chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ESH/ESC 2013.

Chỉ số khối cơ thể (BMI): được tính theo công thức: BMI (kg/m²)=cân nặng (kg)/(chiều cao tính bằng m)² và mã hóa thành 4 giá trị theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á trưởng thành theo đề nghị của WHO.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2015 đến tháng 8/2016, tại phòng khám Khoa điều trị cán bộ cao cấp quân đội - Bệnh viện 175, có 390 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 0.1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	385	98,7
	Nữ	5	1,3
Tuổi	60 - 69	213	54,6
	70 - 79	96	20,6
	≥ 80	81	20,8
Thời gian phát hiện THA	< 5 năm	64	16,4
	5 – 10 năm	156	40
	≥ 10 năm	170	43,6
Chỉ số khối cơ thể	Thiếu cân	5	1,3
	Bình thường	87	22,3
	Thừa cân	131	33,6
	Béo phì	167	42,8
Thuốc hạ áp	Lợi tiểu	43	11
	Ức chế men chuyển	258	66,2
	Ức chế thụ thể	95	24,4
	Ức chế Canxi	172	44,1
	Ức chế beta	99	25,4
	Thuốc khác	2	0,6

Nhận xét: Trong số 390 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 385 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 98,7% có tuổi trung bình của bệnh nhân là 70,3 ± 8,7. Thời gian phát hiện THA trung bình là

11,3 ± 7 năm. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế men chuyển chiếm tỷ lệ 66,2%, rồi đến nhóm ức chế canxi chiếm tỷ lệ 44,1%.

3.2. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 8

Bảng 0.2: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 8

Nhóm bệnh nhân	Mục tiêu (mmHg)	Tần số (tổng số BN)	Tỷ lệ (%)
THA (không có ĐTĐ và BTM)	< 150/90	150 (206)	72,8
THA + ĐTĐ (không có BTM)	< 140/90	43 (108)	39,8
THA + BTM (Có hoặc không ĐTĐ)	< 140/ 90	25 (76)	32,9
Chung		218 (390)	55,9

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp chung theo JNC 8 cho tất cả các nhóm đối tượng là 55,9%. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao nhất ở nhóm không ĐTĐ và BTM là 72,8%, tiếp đến nhóm có ĐTĐ không BTM là 39,8% và cuối cùng là nhóm BTM là 32,9%.

Bảng 0.3: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số (tổng số BN)	Tỷ lệ (%)	p-values
< 70	136 (213)	63,8	0,002
70 - 79	44 (96)	45,8	
≥ 80	38 (81)	46,1	

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp cũng giảm dần theo tuổi. Lứa tuổi < 70 tuổi tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao nhất là 63,8%, ở lứa tuổi trên 70 tỷ lệ kiểm soát huyết áp chỉ còn khoảng trên 45%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,002.

Bảng 0.4: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp quá chặt

Các loại kiểm soát HA chặt	Mức HA (mmHg)	Tần số (số BN)	Tỷ lệ (%)
HATT	< 120	37	9,5
HATTTr	< 60	6	1,5
HATT và HATTTr	< 120 và < 60	0	0
Chung		43	11

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp quá chặt là 11% trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó hầu hết là kiểm soát quá chặt mức huyết áp tâm thu với tỷ lệ là 9,5 %.

3.3. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và một số yếu tố nguy cơ

Bảng 0.5: Mối liên giữa kiểm soát huyết áp và một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi ≥ 70	0,489	0,325 – 0,734	0,001
TG phát hiện THA > 10 năm	0,627	0,418 – 0,940	0,023

Hút thuốc lá	1,261	0,875 – 2,026	0,337
Vận động thể lực	2,116	1,217 – 3,678	0,007
Rối loạn lipid máu	0,534	0,307 – 0,925	0,024
Đái tháo đường	0,293	0,191 – 0,450	<0,001
TS gia đình có bệnh TM sớm	1,472	0,795 – 2,724	0,217
Béo phì	1,447	0,963 – 2,175	0,075

Nhận xét: Qua phân tích đơn biến cho thấy: cho thấy kiểm soát huyết áp liên quan những bệnh nhân có tuổi ≥ 70 tuổi; có thời gian THA trên 10 năm; thường xuyên luyện tập thể lực; bị rối loạn lipid máu và ĐTDĐ với $p < 0,05$. Chúng tôi chưa thấy sự liên quan giữa kiểm soát huyết áp với các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá; béo phì và tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm. Chúng tôi tiến hành phân tích đa biến mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và các yếu tố liên quan trong phân tích đơn biến để khử nhiễu.

Bảng 0.6. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và một số yếu tố trong phân tích đa biến

Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi ≥ 70	0,545	0,345 – 0,861	0,009
TG phát hiện THA > 10 năm	0,771	0,490 – 1,212	0,260
Vận động thể lực	1,733	0,953 – 3,151	0,072
Rối loạn lipid máu	0,660	0,370 – 1,177	0,159
Đái tháo đường	0,306	0,196 – 0,478	< 0,001

Nhận xét: Qua phân tích đa biến chúng tôi nhận thấy: Những bệnh nhân THA tuổi ≥ 70 khả năng kiểm soát huyết áp chỉ bằng 0,545 lần những bệnh nhân nhỏ hơn 70 tuổi với OR = 0,545; 95% CI (0,345 – 0,861); $p = 0,009$. Những bệnh nhân THA có kèm ĐTDĐ khả năng kiểm soát huyết áp chỉ bằng 0,306 lần những bệnh nhân không có ĐTDĐ đi kèm với OR = 0,306; 95% CI (0,196 – 0,478); $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong 390 bệnh nhân cao tuổi có THA được đưa vào nghiên cứu có 98,7% là bệnh nhân nam, tỷ lệ giới tính khác với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước do đặc điểm cán bộ hưu trí cao cấp quân đội. Thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế men chuyển và ức chế can-xi với tỷ lệ lần lượt là 66,2% và 44,1%. Trong nghiên cứu của

Nguyễn Văn Trí tỷ lệ đó lần lượt là 56,9% và 44,9%; nghiên cứu của Trần Công Duy tỷ lệ đó là 58% và 53,7%. Việc sử dụng các nhóm thuốc hạ áp còn phụ thuộc vào các bệnh lý kết hợp. Nếu các bệnh phối hợp là bệnh mạch vành, suy tim, ĐTDĐ và BTM thì ưu tiên lựa chọn trong điều trị THA là nhóm ức chế men hoặc ức chế thụ thể [1].

4.2. Kiểm soát huyết áp theo JNC 8. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu của JNC 8 trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,9%. Tỷ lệ này gần tương đương với các nghiên cứu của Trần Công Duy tại bệnh viện Chợ Rẫy là 55,6% theo mục tiêu của ESH/ ESC 2013 và có khác với một số các nghiên cứu khác như: của Leng Ratana tại viện Lão Khoa Trung Ương là 87,1%; của Nguyễn Thanh Hoat tại bệnh viện Thống Nhất theo JNC 7 là 33,6%, của Nguyễn Văn Trí tại các phòng khám quận huyện trên cả nước theo JNC 8 là 21,9% [3], [7]. Tại Tây Ban Nha có khoảng 33,5% số người ≥ 65 tuổi có THA được kiểm soát tốt huyết áp, tại Mỹ tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở người ≥ 60 tuổi là 50,5%, tại Trung Quốc tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở NCT tại bệnh viện là 51,7%. Tuy có sự khác biệt trong các nghiên cứu nhưng cũng không thể phủ nhận tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nước ta cũng như trên thế giới đang dần được cải thiện nhờ vào những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị của y học, những nỗ lực của ngành y tế trong giáo dục sức khỏe cộng đồng cũng như việc quản lý và theo dõi các bệnh lý mạn tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm THA kèm ĐTDĐ mà không có BTM là 39,8%. Nghiên cứu của Leng Ratana năm 2011 cho thấy tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân cao tuổi có ĐTDĐ là 79,1% nếu lấy mục tiêu huyết áp là $< 130/80$ mmHg, còn Lê Kim Ngân nhận thấy tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm ≥ 65 tuổi có ĐTDĐ là 14,8% [2], [7]. Tại Tây Ban Nha Gustavo CR cũng nhận thấy những bệnh nhân cao tuổi có ĐTDĐ với huyết áp mục tiêu là $< 130/85$ mmHg thì tỷ lệ kiểm soát huyết áp là 12,9% [6]. Ở nhóm bệnh nhân có BTM đi kèm, tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,9% thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Công Duy là 43%. Nghiên cứu của Cai G cho thấy, kiểm soát huyết áp dưới mức 140/90 mmHg chỉ chiếm 29,6% những bệnh nhân cao tuổi có THA kèm BTM ở Trung Quốc [4]. Zhang Y trong nghiên cứu năm 2013 cho rằng tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm bệnh nhân THA có BTM ≥ 65 tuổi là 30,4%.

Trong nghiên cứu này, có 9,5% bệnh nhân có HATT < 120 mmHg; 1,5% bệnh nhân có HATT

< 60mmHg. Như vậy có 11% bệnh nhân có mức kiểm soát huyết áp quá chặt theo một số khuyến cáo và nghiên cứu gần đây. Hạ huyết áp tâm thu và/hoặc tâm trương dưới mức khuyến cáo không đem lại lợi ích so với mức huyết áp cao hơn mà còn tăng tỷ lệ các biến cố: nhồi máu cơ tim, hạ huyết áp tư thế, tăng kali máu và suy giảm chức năng thận.

4.3. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và một số yếu tố nguy cơ. Chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và các yếu tố nguy cơ: tuổi ≥ 70 và ĐTD. Kiểm soát huyết áp liên quan thời gian phát hiện THA trên 10 năm; rối loạn lipid máu và thói quen vận động thể lực thường xuyên trong phân tích đơn biến nhưng không phát hiện mối liên quan này sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu trong phân tích đa biến. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá, tình trạng béo phì và tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm.

Tỷ lệ kiểm soát huyết áp thay đổi tùy theo các nhóm tuổi. Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân THA tuổi ≥ 70 khả năng kiểm soát huyết áp chỉ bằng 0,545 lần những bệnh nhân nhỏ hơn 70 tuổi với OR = 0,545; 95% CI (0,345 – 0,861); $p = 0,009$. Nghiên cứu của Gustavo CR lại cho thấy, tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn ở nhóm từ 80 tuổi trở lên so với nhóm từ 70 đến 80 tuổi [6]. Leng Ratana nhận thấy tỷ lệ kiểm soát huyết áp nhóm dưới 70 tuổi là 85,4%; nhóm có độ tuổi từ 70 trở lên là 90,1% [8]. Có sự khác biệt này có thể là do tuổi càng cao càng suy giảm thể chất và trí nhớ nên và khả năng tài chính, khả năng tuân trị, kiên trì cũng giảm dần theo tuổi tác. Mặt khác, các thầy thuốc cũng không quá chú trọng việc điều trị huyết áp đạt mục tiêu ở người quá cao tuổi so với người trẻ.

Khả năng kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân THA có ĐTD chỉ bằng 0,306 lần so với bệnh nhân THA không ĐTD với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Leng Ratana và của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh nhận thấy bệnh nhân THA kèm ĐTD có tỷ lệ kiểm soát huyết áp thấp hơn nhóm bệnh nhân không có ĐTD có ý nghĩa thống kê [3], [6]. Gu J nhận xét, ĐTD là yếu tố độc lập liên quan đến kiểm soát huyết áp không tốt [5]. THA kèm ĐTD đẩy nhanh bệnh nhân đến các bệnh lý tim mạch do xơ vữa, gây nên tổn thương cơ quan đích nặng nề và là một trong các lý do làm tỷ lệ kiểm soát huyết áp thấp hơn những bệnh nhân không ĐTD. Một huyết áp mục tiêu chặt chẽ hơn <140/90 mmHg cho bệnh nhân ĐTD thay vì mục

tiêu <150/90 mmHg cho những bệnh nhân không ĐTD có lẽ cũng là một nguyên nhân gây tỷ lệ kiểm soát huyết áp thấp hơn có ý nghĩa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 390 bệnh nhân NCT có THA chúng tôi rút ra một số kết luận: tỷ lệ kiểm soát huyết áp chung theo JNC 8 là 55,9%. Tỷ lệ kiểm soát ở các phân nhóm: THA không kèm ĐTD và BTM: 72,8%; THA kèm ĐTD (không BTM): 39,8%; THA kèm BTM (có hoặc không có ĐTD): 32,9%. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp quá chặt là 11%.

Những bệnh nhân THA tuổi ≥ 70 khả năng kiểm soát huyết áp thấp hơn những bệnh nhân nhỏ hơn 70 tuổi. Những bệnh nhân THA có kèm ĐTD khả năng kiểm soát huyết áp thấp hơn những bệnh nhân không có ĐTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Kim Ngân (2014).** Khảo sát tình hình điều trị tăng huyết áp theo hướng dẫn của Hội tim Châu Âu 2013 trên bệnh nhân đái tháo đường tip 2. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học y dược Tp Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Mỹ Duyên và cs (2013),** "Khảo sát mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú", Tạp chí y học thực hành Tp Hồ Chí Minh, 17 (4).
3. **Nguyễn Thanh Hoat (2005).** Khảo sát sự tuân thủ việc dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân có tuổi tăng huyết áp tại bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh. Luận án tốt nghiệp thạc sỹ. Đại học y dược Tp HCM.
4. **Cai G, Zheng Y, Sun X, (2013),** "Survey of prevalence, Awareness, and Treatment rate in Chronic kidney disease patients with hypertension in China Collaborative group", J Am Geriatr Soc, 61(12), pp. 2160-7.
5. **Gu J, Zhang XJ et al (2014),** "Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: a community-based study in Xuhui District, Shanghai, China", Cardiology, 127(2), pp: 96-104.
6. **Gustavo C Rodriguez Roca, Luis M Artigao Rodenas, Jose L Llisterri Caro et al, (2005),** "Control of hypertension in Elderly patients Receiving primary care in Spain", Rev Esp Cardiol, 58, pp. 359-366.
7. **Leng Ratana (2011).** Nhận xét tình hình kiểm soát huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người cao tuổi có tăng huyết áp. Luận văn thạc sỹ y học. Trường đại học y Hà Nội.
8. **Muntner P, Anderson A et al (2010),** "Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Adults With CKD: Results From the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study, Am J Kidney Dis, 55(3): 441-451.
9. **Mutua EM et al, (2014),** "Level of blood pressure control among hypertensive patients on follow-up in a Regional Referral Hospital in Central Kenya", Pan Afr Med J, 18: 278.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CYTOKINE HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Minh Tuấn¹, Lê Hải Yến¹, Hoàng Anh Tuấn¹,
Đỗ Thị Thanh Hải¹, Hoàng Thị Thúy Hằng¹, Nguyễn Thúy Hà¹,
Nguyễn Thị Nguyệt Minh¹, Nguyễn Minh Chung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu tại Thái Nguyên. **Đối tượng và địa điểm:** Nghiên cứu thực hiện trên 80 bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên và Bệnh viện trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Triệu chứng đau bụng là 96,3%, sút cân là 25%, sốt 46,3%, rối loạn phân 61,3%. Chỉ số CRP dương tính chiếm tỷ lệ 32,5%, Có 63,7% bệnh nhân có máu lắng 1h >20 mm/h. Nồng độ IgE tăng cao chiếm tỷ lệ là 74%, 10% bệnh nhân tăng IgA, IgG và 34% bệnh nhân tăng IgM. Tổn thương đại tràng thì 100% bệnh nhân mất mạng máu bình thường dưới niêm mạc và niêm mạc phù nề xung huyết, loét nông chiếm 66,3%, có giả mạc chiếm 63%, giả polyp gặp 48,8%. Phân loại mức độ nặng của bệnh dựa vào tiêu chuẩn Surtheland, tỷ lệ mức độ nhẹ (51,3%), vừa (34,9%) và nặng (13,8%). Tại địa phương thực hiện công tác tuyên truyền về bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu để người dân có các biện pháp phòng bệnh và Khuyến khích người dân nên khám sức khỏe định kỳ hàng năm để phát hiện sớm bệnh.

Từ khóa: Viêm loét đại tràng, nội soi đại tràng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, INVESTIGATIONS, CYTOKINE IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS IN THAI NGUYEN

Objects: To describe clinical characteristics, investigations in patients with ulcerative colitis. **Subjects and places:** 80 patients with ulcerative colitis who were treated in Thai Nguyen National Hospital, A hospital and Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2018 to December 2019. **Methods:** Cross-sectional study. **Results:** Proportion of Abdominal pain, lose weight, fever and stool troubles respectively was 96.3%; 25%; 46.3% and 61.3%. Serum level of CRP positive accounted for 32.5% case group. There were 63.7% patients with VSS in 1st hour over 20mm. Proportion of high serum IgE was 74%, 10% patients with high level of IgA, IgG and 34% patients with high level of IgM. 100% patients lost the normal vessels structure

in submucosa layer, and the mucosa had edema. The shallow ulceration and pseudomembrane appeared in most of the cases 66.3% and 63%. Pseudopolyps 48.8%. Classification of severity of disease based on Surtheland, the rate of mildness (51.3%), moderate (34.9%) and severe (13.8%).

Keywords: ulcerative colitis, colonic endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLĐTTTCM) còn gọi là viêm loét đại tràng (Ulcerative Colitis: UC) là tình trạng tổn thương ở đại tràng trong bệnh cảnh chung của viêm ruột. Bệnh có tính chất tự miễn, nguyên nhân bệnh sinh cho đến nay vẫn chưa được sáng tỏ và chưa có phương pháp điều trị hoàn toàn đặc hiệu. Tổn thương gây loét và chảy máu đại trực tràng, tổn thương lan tỏa lớp niêm mạc và dưới niêm mạc. Các bằng chứng cho thấy các phản ứng miễn dịch toàn thân và tại chỗ liên quan đến sự tiến triển của bệnh. Các phản ứng miễn dịch trong ruột đóng một vai trò quan trọng trong sinh bệnh học có liên quan đến các phân tử cytokine và tế bào T helper, có khả năng liên quan đến sự tiến triển của bệnh. Để phát hiện sớm VLĐTTTCM và ứng dụng các phương pháp điều trị nhằm giảm các biến chứng do bệnh gây ra, đề tài này được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ một số cytokine huyết thanh ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng là đại tiện phân máu hoặc dây máu.
- Nội soi đại tràng toàn bộ có hình ảnh mất cấu trúc mạng lưới mạch máu bình thường dưới niêm mạc và niêm mạc phù nề xung huyết.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân đang mắc bệnh ung thư; đang sử dụng thuốc corticoid, pentase trong 3 tháng trước khi tham gia nghiên cứu; bệnh nhân kèm theo mắc các bệnh tự miễn khác.
- Mô bệnh học còn nghi ngờ Crohn, lao, ung thư, viêm đại tràng do vi khuẩn hoặc amip, viêm đại tràng giả mạc, u lympho đại tràng.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng

¹Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: minhhtuanytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

01/2018 đến tháng 12/2019

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả một giá trị trung bình với $p = 0,956$ (tỷ lệ tổn thương đại trực tràng theo nghiên cứu của Tromm A., May B. năm 2006) [5]. Dự phòng 10% mất mẫu trong quá trình thu thập thông tin tính được $n = 50$ bệnh nhân để nghiên cứu và nhóm chứng là 30 người khỏe mạnh. Chọn mẫu tích lũy đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

*Chỉ tiêu lâm sàng:

- Các triệu chứng sốt, sút cân, đại tiện phân máu nhiều lần trong ngày. Tính chất phân bao gồm: lỏng lẫn nhầy, dây máu, máu đỏ tươi, máu đỏ thẫm.

- Nội soi đại tràng toàn bộ: phân loại hình ảnh tổn thương đại trực tràng và phân loại mức độ bệnh theo tiêu chuẩn Surtheland.

*Chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Hồng cầu: chia bình thường và 2 mức giảm ($> 3 \times 10^{12}/l$; $2,5 - 3 \times 10^{12}/l$ và $< 2,5 \times 10^{12}/l$)

- Bạch cầu: chia 2 mức tăng và bình thường ($\geq 16 \text{ G/l}$, $> 10 - 15 \text{ G/l}$ và $\leq 10 \text{ G/l}$).

- Máu lắng 1 giờ: chia mức tăng và bình thường ($> 20 \text{ mm/h}$ và $\leq 20 \text{ mm/h}$).

- CRP: chia mức dương tính và âm tính

- Xét nghiệm các globulin miễn dịch toàn phần trong huyết thanh, giá trị bình thường được sử dụng chuẩn hóa theo máy xét nghiệm.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập bằng bệnh án nghiên cứu, được mã hóa, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

Bảng 3.4. Đặc điểm các yếu tố viêm

Đặc điểm		SL (n=80)	Tỷ lệ	Trung bình (min-max)
CRP(mg/l) n=80	Dương tính	26	32,5	$7,61 \pm 3,84$ (5,0 - 14,79)
	Âm tính	54	67,5	$2,1 \pm 0,35$ (0,5 - 4,3)
	Tổng	80	100	$4,58 \pm 3,15$ (0,0 - 14,79)
Máu lắng 1h(mm/h) n=80	≥ 20	29	63,7	$39,76 \pm 24,12$ (20- 102)
	< 20	51	36,3	$8,54 \pm 4,99$ (2 - 19)
	Tổng	80	100	$19,86 \pm 21,21$ (2 - 102)

Nhận xét: Chỉ số CRP dương tính chiếm tỷ lệ 32,5%, nồng độ CRP cao nhất là 15,6 mg/dL. 63,7% bệnh nhân có máu lắng 1h $\geq 20 \text{ mm/h}$ và tốc độ máu lắng cao nhất là 102 mm/h.

Bảng 3.5. Đặc điểm kali và albumin

Đặc điểm		SL (n=80)	Tỷ lệ	Trung bình(min-max)
Kali (mmol/l) n= 80	$\geq 3,5$	68	85,0	$4,54 \pm 4,5$ (3,5 - 41,0)
	2,51 - 3,49	12	15,0	$3,22 \pm 0,16$ (3,0 - 3,49)
	$\leq 2,5$	0	0,0	$1,25 \pm 0,5$ (1,0 - 2,2)
	Tổng	80	100	$3,34 \pm 4,17$ (3,0 - 41,0)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các biểu hiện các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	SL (n=80)	Tỷ lệ
Sốt	37	46,3
Sút cân	20	25,0
Đau bụng	77	96,3
Rối loạn phân	49	61,3

Nhận xét: Các bệnh nhân có triệu chứng sốt chiếm 46,3%, sút cân chiếm tỷ lệ 25,0%, đau bụng chiếm 96,3%, rối loạn phân chiếm tỷ lệ 61,3%.

Bảng 3.2. Tính chất phân

Tính chất phân	SL (n=80)	Tỷ lệ
Lỏng	58	72,5
Nhầy	52	65,0
Phân máu	80	100,0
Táo bón	6	7,5

Nhận xét: Ngoài triệu chứng đại tiện phân máu, bệnh nhân còn có các biểu hiện phân lỏng (72,5%), phân có nhầy (65%), một số ít bệnh nhân có biểu hiện táo bón (7,5%).

Bảng 3.3. Đặc điểm số lượng hồng cầu và bạch cầu chung

Đặc điểm		SL (n=80)	Tỷ lệ
Số lượng hồng cầu ($\times 10^{12}/l$)	> 3	62	77,5
	2,5 - 3	18	22,5
	$< 2,5$	0	0
Trung bình (min - max)	$3,81 \pm 0,41$ (2,71 - 5,62)		
Số lượng bạch cầu (G/l)	≥ 16	0	0,0
	$> 10 - 15$	4	5,0
	≤ 10	76	95,0
Trung bình	$6,84 \pm 1,77$ (3,40- 13,1)		

Nhận xét: Số lượng hồng cầu giảm nhẹ ở mức từ $2,5 - 3 \times 10^{12}/l$ chiếm tỷ lệ 22,5%, số lượng bạch cầu tăng nhẹ ở mức 10-15 G/l chiếm tỷ lệ 5%.

Albumin (g/l) n= 80	≥ 35	77	96,3	45,93 ± 7,85(36,0 - 106,0)
	30 - 34,9	2	2,5	32,3 ± 0,42(32,0 - 32,6)
	< 30	1	1,3	4,4 ± 0,0(4,4 - 4,4)
	Tổng	80	100	45,07 ± 9,22(4,4-106)

Nhận xét: Bệnh nhân có kali huyết thanh từ 2,51- 3,49mmol/l chiếm tỷ lệ 15%, kali máu dưới ≤2,5mmol/l chiếm tỷ lệ 2,5%. Nồng độ albumin huyết thanh khi điện di protein bằng phương pháp miễn dịch cố định cho thấy albumin từ 30 - 34,9g/l chiếm tỷ lệ 2,5%, < 30g/l chiếm tỷ lệ 1,3%.

Bảng 3.6. Phân loại hình ảnh tổn thương đại trực tràng trên nội soi

Hình ảnh tổn thương	SL(n=80)	Tỷ lệ
Mất cấu trúc mạch máu dưới niêm mạc	80	100
Niêm mạc phù nề xung huyết	80	100
Loét nông	53	66,3
Có giả mạc	50	63,0
Có giả polyp	39	48,8

Nhận xét: Nội soi trực tràng có hình ảnh mất mạch máu bình thường dưới niêm mạc và niêm mạc phù nề xung huyết gặp 100%, loét nông chiếm 66,3%, có giả mạc chiếm 63%, giả polyp gặp 48,8%.

Bảng 3.7. Phân loại mức độ bệnh theo Surtheland

Mức độ	SL (n=80)	Tỷ lệ
Nhẹ	41	51,3
Vừa	28	34,9
Nặng	11	13,8

Bảng 3.9. Nồng độ một số cytokine ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng

Cytokine (pg/ml)	TNF -α	IL - 1	IL - 6	IL - 8	IL - 10
Trung vị (min - max)	5,42± 2,12 (2,96 - 14,5)	1,37 ± 0,14 (0,99- 4,23)	6,01± 2,2 (3,31 - 102,1)	20,11± 5,96 (2,95 - 140,99)	1,13± 0,4 (0,1 - 24,33)

Nhận xét: Nồng độ các chỉ số TNF-α, IL-1β, IL-6, IL-8 trong huyết thanh ở bệnh nhân VLĐTTCM lần lượt là 5,42 pg/ml; 1,37 pg/ml; 6,01 pg/ml; 20,11 pg/ml và 1,13 pg/ml.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu. Tất cả 80 bệnh nhân VLĐTTCM trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đại tiện phân máu. Giải thích cho lý do này: đại tiện phân máu là một tiêu chuẩn chính cho lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Đây là triệu chứng chính của bệnh. Tại bảng 3.2, đa số bệnh nhân có sụt cân chiếm đau bụng chiếm 96,3%, rối loạn phân chiếm tỷ lệ 61,3%, sốt chiếm tỷ lệ 25,0% và sút cân chiếm tỷ lệ 25,0%. Trong đó bệnh nhân sốt mức độ nặng chiếm 14,3% và sút cân nặng là 1,2%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với Ozin Y (6,0%) [8] nhưng thấp hơn Pongprasobchai và CS bệnh nhân có biểu hiện sốt (27,5%),

Tổng	80	100
-------------	----	-----

Nhận xét: Có 13,8% bệnh nhân ở mức độ nặng, 34,9% bệnh nhân ở mức độ vừa, mức độ nhẹ là 51,3%.

Bảng 3.8. Đặc điểm các globulin miễn dịch

Các globulin	SL (n=50)	Tỷ lệ
IgA (mg/dL)	≤ 400	45
	> 400	5
Trung bình (min - max)	103,2 ± 43,2 (115,5 - 207,6)	
IgG (mg/dL)	≤ 1600	45
	> 1600	5
Trung bình (min - max)	1073,1 ± 250,3 (596,0 - 1846,0)	
IgM (mg/dL)	≤ 230	33
	> 230	17
Trung bình (min - max)	1232,8 ± 1233,5 (141,5 - 5132,3)	
IgE (mg/dL)	< 100	13
	≥ 100	37
Trung bình (min - max)	79,36 ± 514,4 (1,4 - 1375,0)	

Nhận xét: Nồng độ IgE tăng cao chiếm tỷ lệ là 74,0%, nồng độ cao nhất là 1375,0 mg/dL. Có 10% bệnh nhân tăng IgA, IgG và 34 bệnh nhân tăng IgM.

Diefenbach (34%) [9]. Sốt là một trong những dấu hiệu trong đợt tiến triển của bệnh hay phản ánh tình trạng viêm tiến triển. Tiếp theo là rối loạn phân chiếm tỷ lệ 61,3%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Ozin Y là 91,2% [8] và Qureshi M là 77,8%.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng và nồng độ một số cytokine ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu. Về kết quả xét nghiệm các yếu tố viêm, chúng tôi thấy có 5% bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, bệnh nhân có máu lắng tăng ≥20 mm/h là 63,7%, CRP dương tính là 32,5% (bảng 3.3 và 3.4). Trong nghiên cứu của Monstad I và CS cho thấy ghi nhận số bệnh nhân có máu lắng tăng ≥30 mm/h là 21% [7]. Người ta cho rằng, IL-1 có thể gây sốt và sản

xuất CRP vì sự xâm nhập các tế bào viêm vào mô ruột là đặc tính của viêm ruột, hơn nữa sự xâm nhiễm của bạch cầu đa nhân trung tính và sự bài tiết của các loại oxy phản ứng gây độc trong niêm mạc đại tràng có liên quan đến tổn thương mô. Tuy nhiên, tình trạng nhiễm trùng kèm theo cũng gây nên tình trạng sốt, tăng bạch cầu và tăng máu lắng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hiền, Lê Thị Kim Liên đều cho thấy nồng độ CRP tăng cao trong huyết thanh ở bệnh nhân VLĐTTTCM [1], [3]. Boldeanu MV và CS ghi nhận nồng độ CRP có sự khác biệt rõ rệt ở các mức độ nhẹ vừa nặng [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu tăng nồng độ IgE gặp 70,5% bệnh nhân và chỉ có 5,1% bệnh nhân có tăng IgA, IgG và IgM (bảng 3.8). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Ngô Thúy Hà khi đánh giá nồng độ các globulin miễn dịch ở bệnh nhân VLĐTCM. Cụ thể, tác giả Ngô Thúy Hà cho thấy nồng độ IgE tăng cao chiếm tỷ lệ là 70,5%, nồng độ cao nhất là 2500,00 mg/dL và có 5,1% bệnh nhân tăng IgA, IgG và IgM [2].

Theo kết quả bảng 3.6, có 100% bệnh nhân mất cấu trúc mạch máu dưới niêm mạc và niêm mạc phù nề xung huyết. Loét nông và giả mạc gặp ở hầu hết các trường hợp chiếm tỷ lệ cao (66,3%), giả polyp (63,0%). Đối chiếu trên lâm sàng, chúng tôi thấy kết quả mô bệnh học sinh thiết vùng có tổn thương tạo khối không thấy loạn sản hoặc ung thư hóa. Giả polyp được hình thành do quá trình tái tạo lại tổ chức cùng với quá trình viêm mạn tính. Khi có giả polyp, chúng tôi bệnh đã trải qua một quá trình bệnh lâu dài. Chúng tôi gặp một trường hợp được chẩn đoán lần đầu tiên bệnh VLĐTTTCM 3 năm. Tại thời điểm bệnh nhân tham gia vào đối tượng nghiên cứu nội soi có hình ảnh nhiều giả polyp kích thước to nhỏ khác nhau, sau khi ra viện được 1 năm bệnh nhân nhập viện điều trị, kết quả nội soi có hình ảnh cầu polyp.

Về phân loại mức độ nặng của bệnh VLĐTTTCM dựa vào tiêu chuẩn Surtheland. Kết quả cho thấy tỷ lệ mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 51,3% - 34,9% và 13,8% (bảng 3.7). Trong khi đó, nghiên cứu của Islam cho thấy mức độ nhẹ (14,81%), mức độ trung bình (59,26%), mức độ nặng (25,93%) [6]. Đối chiếu mức độ bệnh trên lâm sàng và cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân ở mức độ nặng có các dấu hiệu lâm sàng rầm rộ, đại tiện phân máu nhiều lần trong ngày kèm theo có thiếu máu và trên nội soi đại tràng có hình ảnh niêm mạc viêm phù nề xung huyết mạnh, chảy

máu niêm mạc tự phát và nhiều ổ loét nông to nhỏ khác nhau...

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: phân máu chiếm 100%, rối loạn phân chiếm tỷ lệ 61,3%.
- Chỉ số CRP dương tính chiếm tỷ lệ 32,5%, trung bình là $7,35 \pm 3,04$ và nồng độ CRP cao nhất là 15,6mg/dL.
- Có 63,7% bệnh nhân có máu lắng 1h ≥ 20 mm/h, trung bình là $39,76 \pm 24,12$ và tốc độ máu lắng cao nhất là 102 mm/h.
- Bệnh nhân có kali huyết thanh từ 2,51-3,49mmol/l chiếm tỷ lệ 15%, kali máu dưới $\leq 2,5$ mmol/l chiếm tỷ lệ 2,5%.
- Nồng độ albumin huyết thanh khi điện di protein bằng phương pháp miễn dịch cố định cho thấy albumin từ 30 - 34,9 g/l chiếm tỷ lệ 2,5%, < 30 g/l chiếm tỷ lệ 1,3%.
- Phân loại mức độ bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu mức nặng là 13,8%, mức độ vừa là 34,9% và mức độ nhẹ là 51,3%.
- Hình ảnh nội soi: mất mạng máu bình thường dưới niêm mạc và niêm mạc phù nề xung huyết gặp 100%, loét nông chiếm 66,3%, có giả mạc chiếm 63%, giả polyp gặp 48,8%.

KHUYẾN NGHỊ

- Tại địa phương thực hiện công tác tuyên truyền về bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu để người dân có các biện pháp phòng bệnh.
- Khuyến khích người dân nên khám sức khỏe định kỳ hàng năm để phát hiện sớm bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Kim Liên (2016)**, Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm nội soi ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II.
2. **Ngô Thúy Hà (2019)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số cytokin ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu, Luận án tiến sĩ y học.
3. **Nguyễn Thị Thu Hiền (2008)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu, Luận văn thạc sĩ y học.
4. **Boldeanu V., Siloși I., Ghilusi M., et al (2014)**, "Investigation of inflammatory activity in ulcerative colitis", Rom J Morphol Embryol, 55 (4), pp. 1345-1351.
5. **May B Tromm A. (2006)**, "Inflammatory Bowel Disease, Endoscopy Diagnostics, Falk Foundation, Germany"
6. **Islam S., Agarwal M., Talukdar AJ., et al (2016)**, "A Study on clinical profile of patients with Inflammatory Bowel Disease", National Journal of medical research 6(3).
7. **Monstada I., Hovde O., Solberg IC., et al (2014)**, "Clinical course and prognosis in ulcerative colitis: results from population-based

- and observational studies", Ann Gastroenterol, 27 (2), pp. 95-104.
8. Ozin Y., Kilic MZY., Nadir I., et al (2009), "Clinical Features of Ulcerative Colitis and Crohn's Disease", J Gastrointest Liver Dis 18, pp. 157-162.
9. Pongprasobchai S., Manatsathit S., Leelakusolvong S., et al (2001), "Ulcerative colitis in thailand: a clinical study and long term follow-up", Journal of the Medical Association of Thailand Chotmaihet thangphaet, 84 (9), pp. 1281-8.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN DI CẢN HẠCH BỆN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ÂM HỘ

Lê Trí Chinh¹, Trương Văn Hợp^{1,2}, Nguyễn Văn Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả một số đặc điểm mô bệnh học và các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch bệnh ở bệnh nhân ung thư âm hộ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 178 bệnh nhân ung thư âm hộ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 1/2013 đến 1/2018. **Kết quả:** 178 bệnh nhân có 43,8% bệnh nhân có di căn hạch bệnh. Phần lớn bệnh nhân có khối u âm hộ to trên 2cm (chiếm 85,4%), giai đoạn u T3, T4 chiếm 20,8%. Ung thư biểu mô vảy là loại hay gặp nhất chiếm 98,3%. Các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch bệnh là kích thước khối u, giai đoạn u theo T và độ mô học ung thư biểu mô vảy. **Kết luận:** Tình trạng di căn hạch bệnh có liên quan mật thiết với kích thước khối u, giai đoạn u theo T và độ mô học.

Từ khóa: Âm hộ, di căn hạch bệnh

SUMMARY

SOME HISTOPATHOLOGICAL FEATURES AND RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF INGUINAL LYMPH NODE METASTASIS IN VULVA CANCER

Objective: describe some histopathological features and risk factors for the development of inguinal lymph node metastasis in vulvar cancer in Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** This descriptive study included 178 female patients of vulva cancer who was diagnosed and treated in Vietnam national cancer hospital, from January 2013 to January 2018. **Results:** 178 patients includes: 43.8% of patients had inguinal lymph node metastases. The majority of patients have a large tumor over 2cm (accounting for 85.4%), the stage T3, T4 accounts for 20.8%. Squamous cell carcinoma is the most common type, accounting for 98.3%. The important factors that affected the inguinal lymph node status of vulva cancer are tumour size, T stage (TNM) and histology grade of squamous cell carcinoma. **Conclusion:** The important factors that affected the inguinal lymph node status of vulva cancer are tumour

size, T stage (TNM) and histology grade of squamous cell carcinoma.

Keywords: vulva cancer, inguinal lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư âm hộ là bệnh hiếm gặp chỉ chiếm khoảng 3 - 5% trong tổng số các bệnh ung thư ở đường sinh dục nữ [1]. Bệnh hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi. Loại mô bệnh học hay gặp là ung thư biểu mô vảy, chiếm trên 90% các trường hợp, ngoài ra còn có thể gặp ung thư tế bào đáy, ung thư biểu mô tuyến hoặc ung thư hắc tố... với tỉ lệ ít gặp hơn [2]. Trong điều trị bệnh ung thư âm hộ, phẫu thuật là phương pháp điều trị căn bản nhất, xạ trị hỗ trợ giúp kiểm soát tại chỗ tại vùng, giảm tỷ lệ tái phát trong những trường hợp nguy cơ cao. Đặc biệt, một trong các yếu tố tiên lượng quan trọng hàng đầu trong ung thư âm hộ là tình trạng di căn hạch bệnh. Tỷ lệ sống thêm năm năm khi chưa có di căn hạch bệnh là 80 - 90% nhưng khi đã có di căn hạch bệnh thì chỉ còn 30 - 40% [3]. Việc tìm ra các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch bệnh có ý nghĩa quan trọng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nhận xét đặc điểm mô bệnh học và một số yếu tố liên quan đến di căn hạch bệnh ở bệnh nhân ung thư âm hộ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 178 bệnh nhân ung thư âm hộ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được cắt âm hộ toàn bộ, vét hạch bệnh 2 bên tại bệnh viện K từ tháng 1/2013 đến tháng 1/2018 được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 là những bệnh nhân có di căn hạch bệnh, nhóm 2 không có di căn hạch bệnh.

– **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư âm hộ, được phẫu thuật cắt âm hộ toàn bộ, vét hạch bệnh hai bên, được đánh giá các đặc điểm mô bệnh học, đầy đủ hồ sơ bệnh án.

– **Tiêu chuẩn loại trừ:** mắc các bệnh lý toàn thân kèm theo.

¹Khoa Ngoại Phụ khoa, Bệnh viện K

²Bộ môn ung thư, Trường ĐHYHN.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trí Chinh

Email: letrichinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2020

Ngày duyệt bài: 25.2.2020

2.2 Phương pháp nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh hồi cứu.

Các bước tiến hành:

- Bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được đánh giá giá đoạn trước và sau phẫu thuật.
- Ghi nhận các đặc điểm đại thể khối u âm hộ: kích thước khối u, đánh giá giai đoạn theo T. Nghiên cứu này sử dụng bảng phân loại giai đoạn ung thư âm hộ theo TNM (1997).

➢ Ghi nhận đặc điểm vi thể của bệnh nhân: ung thư biểu mô vảy, ung thư tế bào đáy, ung thư biểu mô tuyến, ung thư hắc tố...và đánh giá độ mô học của ung thư biểu mô vảy theo Broders.

➢ Tiến hành phân tích, xử lý số liệu, kiểm định giả thuyết thống kê, tìm mối tương quan giữa yếu tố kích thước u, giai đoạn theo T, độ mô học đến tình trạng di căn hạch bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm mô bệnh học khối u âm hộ

Bảng 1. Đặc điểm đại thể khối u âm hộ

Đặc điểm đại thể khối u âm hộ	Nhóm 1		Nhóm 2		Chung 2 nhóm	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Kích thước	≤ 2 cm	4	5,1	22	22	14,6
	2 - 4 cm	35	44,9	51	51	48,3
	>4 cm	39	50	27	27	37,1
Tổng	78	100	100	100	178	100
Phân độ giai đoạn theo T	T1	4	5,1	22	22	14,6
	T2	44	56,5	71	71	64,6
	T3	14	17,9	4	4	10,1
	T4	16	20,5	3	3	10,7
Tổng	78	100	100	100	178	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân đi căn hạch bên, những bệnh nhân có khối u to trên 4cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 50%. Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch bên, phần lớn bệnh nhân có kích thước u từ 2 – 4cm (chiếm 51%).

Về phân độ giai đoạn u theo T: Trong nhóm 1, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T3, T4

chiếm đến 38,4%, trong khi ở nhóm 2, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T3, T4 chỉ chiếm 7%.

Đặc điểm vi thể khối u âm hộ: Trong 178 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, loại mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô vảy chiếm đến 98,2%.

Bảng 2. Độ mô học của ung thư biểu mô tế bào vảy âm hộ

Độ mô học	Nhóm 1		Nhóm 2		Chung 2 nhóm	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Độ 1	11	14,1	48	49,5	59	33,7
Độ 2	39	50,0	41	42,3	80	45,7
Độ 3	20	25,6	6	6,2	26	14,9
Độ 4	8	10,3	2	2,0	10	5,7
Tổng	78	100	100	100	178	100

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ mô học 1, 2 chiếm 79,4%. Trong nhóm bệnh nhân có di căn hạch bên, tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học 3, 4 là 35,9%, cao hơn trong nhóm bệnh nhân không có di căn hạch bên là 8,2%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch

Bảng 3. Mối liên quan giữa kích thước khối u và tình trạng di căn hạch bên

Kích thước u (cm)	Di căn hạch bên		Tổng	Giá trị p	OR (so với u ≤ 2 cm)
	Có	Không			
≤ 2	4	22	26	p < 0,001	-
2 - 4	35	51	86		3,77
> 4	39	27	66		7,94

Nhận xét: Kích thước khối u càng lớn, khả năng di căn hạch càng cao (p<0,001). U có kích thước 2-4cm, >4cm có nguy cơ di căn hạch tương ứng gấp 3,77; 7,94 lần so với u có kích thước ≤ 2cm.

Bảng 4. Mối liên quan giữa giai đoạn theo T khối u và tình trạng di căn hạch bên

Phân độ giai đoạn theo T	Di căn hạch bên		Tổng	Giá trị p	OR (so với u ≤ 2 cm)
	Có	Không			
T1	4	22	26	< 0,001	-

T2		44	71	115		3,44
T3		14	4	18		19,25
T4		16	3	19		29,33
Xét gộp:	T1+T2	48	93	141	< 0,001	8,3
	T3+T4	30	7	37		

Nhận xét: Mức độ xâm lấn của khối u tương quan với tình trạng di căn hạch bên, khối u giai đoạn theo T càng lớn, nguy cơ di căn hạch bên càng cao ($p < 0,001$). Những bệnh nhân có u T3, T4 nguy cơ di căn hạch bên cao gấp 8,3 lần so với khối u T1, T2 ($p < 0,001$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa độ mô học và tình trạng di căn hạch bên

Độ mô học		Di căn hạch bên		Tổng	Giá trị p	OR (so với u $\leq$ 2 cm)
		Có	Không			
Độ 1		11	48	59	< 0,001	-
Độ 2		39	41	80		4,15
Độ 3		20	6	26		14,54
Độ 4		8	2	10		17,45
Xét gộp	Độ 1+2	50	89	139	< 0,001	6,23
	Độ 3+4	28	8	36		

Nhận xét: Độ mô học càng cao thì nguy cơ di căn hạch càng lớn ($p < 0,001$). Độ mô học 3 và 4 có nguy cơ di căn hạch bên cao gấp 6,23 lần so với độ mô học 1 và 2 ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm vi thể khối u âm hộ: Trong ung thư âm hộ, UTBM vảy thường gặp nhất, chiếm trên 90%, đây là loại hay di căn hạch, ở giai đoạn III, IV tỷ lệ di căn hạch lên đến 60-100%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy UTBM vảy chiếm 98,3%. Kết quả này cũng tương tự như báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Viết Đạt, UTBM vảy chiếm 93,5%[6], Trịnh Qung Diên là 92,98%[7]. Còn tác giả Ibrahim Alkatout, thấy UTBM vảy chiếm đến 95% trong các trường hợp ung thư âm hộ [8].

Độ mô học: Độ mô học 1, 2 chiếm tỷ lệ cao 33,7% và 45,7%. Độ 3 và độ 4 ít gặp, tương ứng là 14,9% và 5,7%. Kết quả này cũng tương tự như tác giả Trịnh Quang Diên công bố: độ mô học 1 và 2 chiếm đa số (71,2%), độ 3 và 4 chiếm 28,8%[7].

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch bên

Tình trạng di căn hạch bên là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư âm hộ. Những bệnh nhân có di căn hạch bên đòi hỏi phải điều trị tia xạ bổ trợ sau mổ, khả năng tái phát cao và thời gian sống thêm giảm hơn so với những bệnh nhân không có di căn hạch bên. Trong nghiên cứu này, có 78/178 bệnh nhân di căn hạch bên chiếm 43,8%. Nghiên cứu của Hán Thị Thanh Tâm từ năm 1989-1998 thấy tỷ lệ di căn hạch bên là 49,2%. Đỗ Bá Hiến nghiên cứu ở giai đoạn sớm hơn từ 1955 -1972 thấy tỷ lệ di căn hạch lên đến 62%. Điều này cho thấy bệnh nhân ung thư âm hộ có xu hướng phát hiện sớm hơn trong những năm gần đây. Các tác giả nước ngoài như Way nghiên cứu trong khoảng thời

gian tương tự (1960) cho kết quả tỷ lệ di căn hạch bên là 42%, Monaghan và Hammond (1984) thấy tỷ lệ này là 27,6%.

Về kích thước khối u và tình trạng di căn hạch bên. Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng kích thước khối u liên quan chặt chẽ đến tình trạng di căn hạch. Trong nghiên cứu này, kích thước khối u càng lớn, tỷ lệ di căn hạch càng cao ($p < 0,001$). Khối u có kích thước 2-4cm, >4cm có nguy cơ di căn hạch tương ứng gấp 3,77; 7,94 lần khối u <2cm.

Giai đoạn theo T và tình trạng di căn hạch bên. Tương tự với kích thước u, giai đoạn xâm lấn theo T có liên quan mật thiết với tình trạng di căn hạch bên. Khối u càng to, càng xâm lấn nhiều vào các thành phần xung quanh thì nguy cơ di căn hạch bên càng cao. Nghiên cứu này cho thấy u T3, T4 có tỷ lệ di căn hạch bên cao gấp 8,3 lần so với khối u T1, T2. Kết quả này tương tự như của Nguyễn Thị Huyền[4]. Tác giả Morley cũng ghi nhận tỷ lệ di căn hạch bên ở giai đoạn T1 là 20,7% trong khi giai đoạn T2 tăng gấp đôi là 44,8%.

Độ mô học và tình trạng di căn hạch bên. Độ mô học phản ánh mức độ biệt hóa và mức độ "ác tính" của bệnh ung thư. Độ mô học càng cao, thì độ biệt hóa càng thấp, tương ứng với mức độ ác tính cao. Trong nghiên cứu này, độ mô học 3, 4 có nguy cơ di căn hạch bên cao gấp 6,23 lần so với độ mô học 1 và 2 ($p < 0,001$). Nhiều tác giả nước ngoài cũng báo cáo kết luận tương tự như Ibrahim [8].

V. KẾT LUẬN

Ung thư âm hộ là bệnh lý ác tính của đường sinh dục nữ ít gặp. Loại mô bệnh học thường

gặp nhất là ung thư biểu mô vảy. Tình trạng di căn hạch bẹn là một trong các yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư âm hộ, trong đó, kích thước khối u, mức độ giai đoạn u theo T và độ mô học là những yếu tố liên quan mật thiết đến tình trạng di căn hạch bẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meads C, Sutton AJ, Rosenthal AN, Malysiak S, Kowalska M, Zapalska A, et al. Sentinel lymph node biopsy in vulval cancer: systematic review and meta-analysis. Br J Cancer. 2014;110:2837–2846.
2. Hacker, N.F., Eifel, P.J., van d, V., 2012. Cancer of the vulva. Int. J. Gynaecol. Obstet. 119 (Suppl. 2), S90–S96 (October).
3. Nguyễn Thị Huyền (2003), Nghiên cứu di căn hạch và đánh giá kết quả điều trị của ung thư biểu mô vảy âm hộ tại viện K, Luận văn bác sỹ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.
4. Woelber L., Eulenburg C., Choschzick M., Krull A., Petersen C., Gieseck F., et al. (2012a) Prognostic role of lymph node metastases in vulvar cancer and implications for adjuvant treatment. Int J Gynecol Cancer 22: 503–508.
5. Hán Thị Thanh Tâm (2000), Góp phần nghiên cứu về ung thư âm hộ, Luận án thạc sĩ y học, trường đại học y Hà Nội.
6. Nguyễn Việt Đạt, Trần Đăng Ngọc Linh, Lê Phúc Thịnh, Nguyễn Chấn Hùng (2005), Ung thư âm hộ: dịch tễ học – chẩn đoán – điều trị, Đặc san ung thư học, hội phòng chống ung thư Việt Nam, tr 128 – 135.
7. Trịnh Quang Diên (2000), Đối chiếu mô bệnh học – lâm sàng 120 trường hợp ung thư âm hộ tại bệnh viện K Hà nội, Tạp chí thông tin y dược, tr 195 – 199.
8. Ibrahim Alkatout, Melanie Schubert, Nele Garbrecht, et al. (2015). Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. Int J Womens Health. 2015; 7: 305–313.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHÉP MÀNG ỖI ĐIỀU TRỊ LOÉT GIÁC MẠC KHÓ HÀN GẮN TỪ 2009 – 2018 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Đình Ngân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả ghép màng ỗi điều trị các trường hợp loét giác mạc khó hàn gắn tại bệnh viện Quân Y 103 trong 10 năm (2009 – 2018). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả can thiệp lâm sàng, so sánh dọc trước và sau điều trị trên 117 mắt (113 bệnh nhân) loét giác mạc khó hàn gắn tại Bệnh viện Quân Y 103 từ năm 2009 đến 2018. **Kết quả:** Nguyên nhân gây loét giác mạc có trên 1/3 trường hợp là do virus Herpes. Thời gian loét khó hàn gắn đa số khoảng 2 tháng (73/117 mắt), chỉ có 11 mắt loét kéo dài trên 2 tháng. Tỷ lệ thành công ghép màng ỗi nói chung là 81% (95/117 mắt), trong đó ghép màng ỗi thay thế (inlay) là 83,5% (91/109) và ghép phủ màng ỗi là 50% (4/8 mắt). Tất cả các mắt loét giác mạc dọa thủng hoặc đã thủng (11 mắt) đều được ghép màng ỗi thay thế thành công. Tỷ lệ thất bại cao nhất ở nhóm ghép màng ỗi thay thế là 50% ở các bệnh nhân Stevens Johnson. **Kết luận** Ghép màng ỗi thay thế là phương pháp có hiệu quả trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn. Cần có nhưng nghiên cứu thêm về ghép phủ màng ỗi điều trị nhóm bệnh lý này. **Từ khóa:** loét giác mạc khó hàn gắn, ghép màng ỗi thay thế, ghép màng ỗi phủ

SUMMARY

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Ngân

Email: ngan.ophtal@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

ASSESSMENT OF AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANTATION IN TREATMENT CORNEAL PERSISTENT EPITHELIAL DEFECT FROM 2009 TO 2018 AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: to evaluate the results of amniotic membrane transplantation (AMT) in treatment of corneal persistent epithelial defect patients at Military Hospital 103 for 10 years (2009 – 2018). **Patients and method:** A retrospective study that described the clinical intervention with longitudinal comparison (before and after treatment) on 117 eyes (113 patients) with corneal persistent epithelial defect from 2009 to 2018 at Military Hospital 103. **Results:** Herpes virus was the cause of corneal ulcer in more than one-third of cases. The duration of corneal persistent epithelial defect was about 2 months (73/117 eyes). There were 11 eyes that epithelial defect lasted longer than 2 months. The success rate of AMT was 81% (95/117 eyes) in general, in which the success rate of inlay AMT was 83.5% (91/109) and overlay AMT was 50% (4 / 8 eyes). All perforated and descemetocoe eyes (11 eyes) were successfully treated with inlay AMT. The highest failure rate in inlay AMT was 50% in Stevens Johnson syndrome. **Conclusion:** Inlay AMT was an effective treatment for corneal persistent epithelial defect. Further studies are needed on overlay AMT in treating these diseases.

Keywords: persistent epithelial defect, inlay AMT, overlay AMT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét giác mạc khó hàn gắn là tình trạng ổ loét không biểu mô hoá sau khi đã điều trị tích cực loại trừ nguyên nhân gây bệnh. Đây là hậu quả của

hiều tình trạng tổn thương khác nhau của giác mạc như viêm loét giác mạc nhiễm trùng, dị ứng miễn dịch, chấn thương, sau phẫu thuật, khô mắt... Ổ loét tồn tại kéo dài, tổn thương sâu dần trong nhu mô có thể gây loét thủng, là bệnh lý nan giải đối với các thầy thuốc nhãn khoa [1],[2].

Ghép màng ối là phương pháp mới được ứng dụng trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn trong 20 năm gần đây cho kết quả đáng khích lệ [5], [6], [4]. Màng ối là lớp trong cùng của màng rau, tiếp xúc với buồng ối và dịch ối, với đặc tính sinh học giống màng đáy của kết giác mạc đồng thời chứa các yếu tố tăng trưởng liên biểu mô nhưng lại không bị thải ghép nên được sử dụng rộng rãi trong nhãn khoa thời gian gần đây [7], [9]. Ghép màng ối trên bề mặt nhãn cầu có 2 cách thức cơ bản: ghép thay thế (inlay) sử dụng màng ối như chất nền mới trên ổ loét để biểu mô phát triển lên trên, ghép phủ (overlay) sử dụng màng ối như kính tiếp xúc sinh học phủ trên ổ loét để biểu mô phát triển phía dưới, trong một số trường hợp có thể phối hợp cả hai phương pháp này trên cùng một bệnh nhân [5],[9]. Đến nay tại Việt Nam chỉ có một số nghiên cứu sử dụng ghép màng ối trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn với thời gian theo dõi ngắn, chất lượng màng ối chưa quy chuẩn và chỉ ở nhóm loét khó hàn gắn không có tổn thương tế bào gốc vùng rìa. Tại khoa Mắt bệnh viện quân Y 103, chúng tôi đã bắt đầu sử dụng ghép màng ối điều trị các bệnh lý bề mặt nhãn cầu từ năm 2005 và trong loét giác mạc khó hàn gắn từ năm 2007. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả ghép màng ối điều trị các trường hợp loét giác mạc khó hàn gắn tại bệnh viện Quân Y 103 trong 10 năm (2009 – 2018).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân loét giác mạc khó hàn gắn được ghép màng ối điều trị tại khoa Mắt bệnh viện Quân Y 103 từ 1/2009 đến 12/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được ghép màng ối với ổ loét thoả mãn

- Nuôi cấy chất nạo ổ loét cho kết quả âm tính với vi khuẩn, nấm (với các trường hợp loét nhiễm trùng).

- Đã được điều trị nội khoa hết các dấu hiệu viêm cấp trên bề mặt nhãn cầu nhưng ổ loét có dấu hiệu khó hàn gắn với gờ cuộn biểu mô bờ ổ loét và không có biểu hiện biểu mô hoá trong vòng 2 tuần.

- Điều trị bằng các phương pháp nội khoa (dùng thuốc gây độc biểu mô, sử dụng các thuốc

tăng liên biểu mô, đặt kính tiếp xúc...) nhưng không hiệu quả

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Loét thủng giác mạc đường kính >2mm
- Quặm, hờ mi, biến dạng mi kèm theo
- Bệnh nhân không có hồ sơ theo dõi được sau phẫu thuật, không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả can thiệp lâm sàng, so sánh dọc trước và sau điều trị

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án và sổ theo dõi ngoại trú của bệnh nhân. Hình ảnh chụp tổn thương qua sinh hiển vi đèn khe và video phẫu thuật

Màng ối được Ngân hàng Mắt – Bệnh viện Mắt Trung ương sản xuất, đáp ứng tiêu chuẩn cơ sở, được bảo quản trong dung dịch DMEM và Glycerin (tỷ lệ 1/1) ở nhiệt độ -70°C. Sử dụng trong vòng 6 tháng sau khi sản xuất.

2.2.3. Quy trình phẫu thuật

- Phẫu thuật ghép màng ối thay thế (inlay): Ổ loét khó hàn gắn được gọt sạch hoại tử ở đáy, lấy bỏ bờ biểu mô phù, cuộn tới tổ chức giác mạc lành. Các trường hợp loét doạ thủng thì làm sạch bờ ổ loét là chính, có thể dùng spactula tách phần nhu mô giác mạc kém chất lượng quanh phần lõi màng Descemet để cắt bỏ. Tuỳ mức độ khuyết nhu mô giác mạc mà đặt 1 hoặc 2 lớp màng ối với mặt biểu mô quay lên trên với kích thước bằng diện ổ loét giác mạc đã làm sạch. Khâu cố định bằng chỉ 10/0 nylon mũi rời. Đặt kính tiếp xúc khi kết thúc phẫu thuật.

Các trường hợp ổ loét thủng nhỏ ($\leq 2\text{mm}$) phải làm sạch biểu mô bám trên mặt mỏng mắt kẹt vào lỗ thủng sau khi đã làm sạch bờ ổ loét. Sau khi ghép màng ối, rạch giác mạc rìa vào tiền phòng, dùng kim đầu tù 27G tách nhẹ nhàng mỏng mắt dính vào mặt sau giác mạc tại lỗ thủng. Bơm khí tái tạo tiền phòng.

- Phẫu thuật ghép màng ối phủ (overlay):

Các bước làm sạch ổ loét khó hàn gắn giống phẫu thuật trên, nhưng hạn chế tối đa việc lấy bỏ nhu mô giác mạc. Đặt màng ối với mặt biểu mô quay xuống dưới (áp vào bề mặt nhãn cầu) với kích thước lớn hơn vùng khuyết biểu mô trên giác mạc (thông thường màng ối có diện tích lớn hơn toàn bộ giác mạc). Khâu cố định màng ối bằng chỉ 10/0 mũi rời hoặc mũi vát, thường là khâu vào vị trí vùng rìa giác mạc.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân được sử dụng thuốc kháng sinh tra mắt, tăng liên biểu mô, cắt chỉ khi biểu mô hoàn toàn trên màng ối (ghép inlay) hoặc khi màng ối tiêu đi lộ giác mạc phải dưới (overlay)

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân và ổ loét: tuổi giới, nguyên nhân gây loét giác mạc, thời gian loét khó hàn gắn, kích thước và độ sâu của ổ loét, các điều trị loét khó hàn gắn trước đây

- Kết quả ghép màng ối:

+ Ghép màng ối được coi là thành công nếu giác mạc liên biểu mô hoàn toàn sau điều trị, được chia thành các mức:

Tốt: giác mạc biểu mô hóa hoàn toàn trong vòng 2 tuần phẫu thuật

Khá: giác mạc biểu mô hóa hoàn toàn từ lớn hơn 2 tuần đến 4 tuần sau phẫu thuật

Kém: giác mạc biểu mô hóa hoàn toàn trong thời gian lớn hơn 4 tuần sau phẫu thuật hoặc cần phẫu thuật bổ sung ghép màng ối tiếp tục

Thất bại: giác mạc không biểu mô hoàn toàn, cần sử dụng phương pháp điều trị khác

+ Tình trạng diện ghép: ở thời điểm liên biểu mô, sau ghép 1 tháng, gồm các mức

Tốt: Biểu mô bề mặt nhẵn bóng, phẳng. GM trong, quan sát rõ các chi tiết trong tiền phòng. Không có tân mạch tại diện ghép

Khá: Biểu mô bề mặt xù xì nhưng không có khuyết biểu mô. GM đục nhẹ, vẫn quan sát rõ bờ đồng tử. Có tân mạch tại diện ghép, ở nhu mô nông, không cương tụ

Kém: Biểu mô bề mặt xù xì, có khuyết hoặc bong biểu mô tái diễn. GM đục nặng, không. quan sát được chi tiết trong tiền phòng. Tân mạch tại diện ghép nhiều, cương tụ, có tân mạch sâu.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đề cương của Bộ môn Mắt – Học Viện Quân Y. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được mời khám lại, ký cam kết tham gia nghiên cứu và cung cấp hồ sơ theo dõi ngoại trú.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Trong thời gian từ 1/2009 đến 12/2018, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật ghép màng ối cho 117 trường hợp loét giác mạc khó hàn gắn của 113 bệnh nhân (có 71 nam và 44 nữ). Các bệnh nhân có tuổi từ 17 đến 89 tuổi (trung bình $64,6 \pm 21,3$ tuổi), trong đó 95/113 bệnh nhân trên 40 tuổi. Trong nghiên cứu có 113 bệnh nhân mắc bệnh 1 mắt, chỉ có 4 bệnh nhân mắc bệnh 2 mắt.

3.2. Đặc điểm ổ loét khó hàn gắn

Nguyên nhân gây loét giác mạc trong nhóm nghiên cứu được mô tả ở bảng 3.1. Cả hai bệnh nhân loét giác mạc 2 mắt đều trong nhóm bỏng mắt, 1 bệnh nhân bỏng mắt do acid, 1 bỏng mắt do base. Có 8 mắt khi vào điều trị đã có biểu hiện khó hàn gắn sau loét nhiễm trùng, chúng tôi không xác định được nguyên nhân gây loét

giác mạc ban đầu.

Bảng 3.1. Nguyên nhân gây loét giác mạc

Nguyên nhân		Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng
Nhiễm trùng	Virus Herpes	42	35,9	53
	Vi khuẩn	8	6,8	
	Nấm	3	2,6	
Chấn thương	Chấn thương	2	1,7	11
	Phẫu thuật	3	2,6	
	Xạ trị	6	5,1	
Bỏng mắt	Nhiệt	5	4,3	35
	Acid	19	16,2	
	Base	11	9,4	
Nguyên nhân khác	HC Stevens Johnson	4	3,4	10
	HS Sjogren	3	2,6	
	Mắt cảm giác GM	3	2,6	
Chưa xác định rõ		8	6,8	8

Thời gian khó hàn gắn là thời gian từ khi mắt có biểu hiện khó hàn gắn đến khi mắt được ghép màng ối, bao gồm cả thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật. Trong 117 mắt, có 33 mắt loét kéo dài từ 2 đến dưới 4 tuần, 61 mắt loét kéo dài từ 4 đến dưới 6 tuần, 12 mắt loét kéo dài từ 6 đến dưới 8 tuần, chỉ có 11 mắt loét kéo dài trên 8 tuần (2 tháng)

Mức độ tổn thương của ổ loét giác mạc được mô tả thông qua độ rộng và độ sâu của ổ loét. Độ rộng được tính theo phần trăm diện tích giác mạc căn cứ vào hình ảnh chụp ổ tổn thương được chụp ảnh trước khi phẫu thuật. Độ sâu được tính theo độ dày giác mạc.

Bảng 3.2. Diện tích và độ sâu ổ loét

Diện tích Độ sâu	< 30%	30% - 60%	≥ 60%	Tổng
< 1/3 CDGM	19	10	6	35
1/3 - < 2/3 CDGM	28	16	13	57
≥ 2/3 CDGM	10	2	2	14
Dọa thủng, thủng	4	7	0	11
Tổng	61	35	21	117

Trong 11 mắt loét dọa thủng, thủng có 7 mắt loét thủng có đường kính $\leq 2\text{mm}$, 4 mắt loét dọa thủng. Các phương pháp điều trị nội khoa trước khi phẫu thuật được xác định trên 2 nhóm chính: loét giác mạc có nguồn gốc nhiễm trùng (53 mắt – nhóm 1) và loét giác mạc không có nguồn gốc nhiễm trùng (gồm các nguyên nhân còn lại 64 mắt – nhóm 2). Các phương pháp đã sử dụng là: dùng các thuốc gây độc biểu mô giác mạc (117/117 mắt), sử dụng các thuốc tăng liên biểu mô (117/117 mắt), sử dụng huyết thanh tự thân (12/53 mắt nhóm 1, 49/64 mắt nhóm 2), đặt kính tiếp xúc mềm (1/53 mắt nhóm 1, 41/64 mắt nhóm 2).

3.3. Kết quả phẫu thuật ghép màng ối

Đa số các bệnh nhân được điều trị theo phương pháp ghép màng ối thay thế 93,2 % (109/117 mắt), chỉ có 8 mắt được ghép màng ối phủ. Tỷ lệ thành công ghép màng ối theo cả hai phương pháp điều trị loét khó hàn gắn là 81% (95/117 mắt), trong đó ghép màng ối thay thế (inlay) là 83,5% (91/109) và ghép phủ màng ối là 50% (4/8 mắt).

Đánh giá kết quả trong nhóm ghép màng ối

thay thế của từng nguyên nhân gây loét được mô tả trong bảng 3.3. So sánh tỷ lệ thành công giữa các nhóm thì bong mắt 77,1% (27/35 mắt) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhiễm trùng 90,6% (48/53 mắt). Nếu đánh giá theo cơ chế loét khó hàn gắn thì có tỷ lệ thành công ở nhóm không có tổn thương vùng rìa giác mạc 95,5% (64/67 mắt), ở nhóm có tổn thương vùng rìa giác mạc là 64,3% (27/42 mắt), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Kết quả phẫu thuật ghép màng ối thay thế điều trị loét khó hàn gắn

Nguyên nhân gây loét giác mạc	Thành công				Thất bại	Tổng
	Tốt	Khá	Kém	Tổng		
Nhiễm trùng	42	6	0	48	5	53
Chấn thương	3	4	2	9	0	9
Bong mắt	8	15	4	27	8	35
Nguyên nhân khác	0	1	1	2	2	4
Chưa xác định rõ NN	3	1	1	5	3	8
Tổng	56	27	8	91	18	109

Tất cả 11 mắt loét thủng và dọa thủng (8 mắt thủng, 4 mắt dọa thủng) đều được ghép thay thế và đều cho kết quả thành công. Phân tích cụ thể nhóm bệnh nhân này được mô tả ở

Bảng 3.4. Đặc điểm và kết quả màng ối ở các mắt loét giác mạc thủng và dọa thủng

Đặc điểm	Số lớp màng ối			Thời gian liền		Tình trạng diện ghép		Tổng
	1	2	3	Tốt	Khá	Tốt	Khá	
Tình trạng loét								
Thủng ≤ 2 mm	1	5	2	5	3	6	2	8
Dọa thủng	2	2	0	1	3	3	1	4
Tổng	3	7	2	6	3	9	3	12

Nhóm ghép màng ối phủ (8 mắt) gồm 3 mắt của hai bệnh nhân Sjogren, 3 mắt của hai bệnh nhân giảm cảm giác mạc (do phẫu thuật sọ não), 2 mắt của bệnh nhân sau xạ trị. Trong 4 mắt phẫu thuật thành công, có 2 mắt của bệnh nhân Sjogren với thời gian liền là 3 tuần và 3,5 tuần, và 2 mắt của bệnh nhân giảm cảm giác giác mạc với thời gian liền biểu mô lần lượt là 3,5 tuần và 4 tuần. Tình trạng ổ tổn thương đã liền biểu mô của ghép phủ đều tạo sẹo mỏng trên giác mạc, biểu mô xù xì nhưng không có tân mạch. Tình trạng diện ghép của của ghép màng ối thay thế được mô tả ở bảng 3.4.

Bảng 3.5. Tình trạng diện ghép của nhóm ghép màng ối thay thế

Nguyên nhân gây loét giác mạc	Thời điểm liền biểu mô			Sau 1 tháng			Tổng
	Tốt	Khá	Kém	Tốt	Khá	Kém	
Nhiễm trùng	27	21	1	42	3	1	48
Chấn thương	4	5	0	7	2	0	9
Bong mắt	2	18	7	5	11	11	27
Nguyên nhân khác	0	1	1	0	1	1	2
Chưa xác định rõ NN	3	1	0	2	2	0	5
Tổng	36	46	9	56	19	13	91

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tổng hợp số liệu 10 năm nhưng đặc điểm bệnh nhân cũng khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Trong nghiên cứu có 60,6% là nam giới, 39,4% là nữ giới với độ tuổi trung bình là 64,6 tuổi. Saw VP (2007) đánh giá hiệu quả của ghép màng ối trên 233 ca được áp dụng đầu tiên tại Anh cũng thấy có 60% bệnh nhân là nam giới và độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 51,6 tuổi. Nguyễn Đình Ngân (2011) đánh giá đặc

điểm bệnh nhân loét giác mạc khó hàn gắn tại Bệnh viện mắt Trung ương cũng thấy tỷ lệ nam/nữ là 2/1 và độ tuổi trung bình là 51,1 tuổi [1].

Nguyên nhân loét giác mạc trong nghiên cứu có gần một nửa là nguyên nhân nhiễm trùng (53/117) trong đó đa số liên quan đến nhiễm virus Herpes (42/53 mắt), chiếm hơn 1/3 mắt loét khó hàn gắn. Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tình trạng khó hàn gắn sau loét do Herpes là khá thường gặp, do cơ chế tổn thương thần kinh cảm giác gây ức chế tổng hợp

tế bào biểu mô cũng như việc dùng kéo dài các thuốc tra mắt gây độc biểu mô giác mạc như: thuốc chống viêm NSAIDs, thuốc kháng virus Acyclovir, các thuốc chứa chất bảo quản gây độc biểu mô [3], [1]... Ngoài ra, do việc xác định loét giác mạc do virus Herpes đôi khi rất khó khăn vì bệnh nhân vào viện thường có bội nhiễm ổ loét do các nguyên nhân nhiễm trùng khác và đôi khi được tập trung điều trị các tác nhân nhiễm trùng này cũng làm ổ loét dai dẳng hơn [1]. Các nhóm nguyên nhân khác như bỏng mắt, hội chứng Stevens Johnson chỉ chiếm tỷ lệ ít, nhưng sẽ khó điều trị hơn vì cơ chế loét khó hàn gắn phức tạp, phối hợp nhiều cơ chế, đặc biệt có tổn thương tế bào gốc vùng rìa và tình trạng viêm của bề mặt nhãn cầu[3].

Ghép màng ối thay thế tận dụng được ưu điểm của màng ối giống với màng đáy giác mạc cũng như các yếu tố phát triển bên trong màng ối sẽ giúp kích thích tế bào biểu mô bề mặt nhãn cầu phát triển trên nó. Ngoài ra phần màng ối ghép vào sẽ bù trừ phần nào phần nhu mô đã mất trong ổ loét giác mạc. Do vậy, trong các nghiên cứu ghép màng ối thay thế được sử dụng chủ yếu trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn có khuyết nhu mô. Đây cũng là lý do đa số mắt trong nghiên cứu (93,2 %) được ghép màng ối thay thế, đặc biệt là 11 mắt loét dọa thủng và dọa thủng. Tỷ lệ thành công tính chung cho nhóm phương pháp này trong nghiên cứu là khá cao 83,5% (91/109) mặc dù các bệnh nhân đều đã thất bại với điều trị nội khoa trước đây. Tính theo nguyên nhân loét giác mạc, thành công cao nhất là nhóm chấn thương (9/9 mắt, 100%), sau đó đến nhóm nguyên nhân nhiễm trùng (48/53 mắt, 90,6%) (bảng 3.3). Tỷ lệ thành công thấp nhất là ở nhóm nguyên nhân khác (gồm 4 mắt bị hội chứng Stevens Johnson) chỉ có 50% (2/4 mắt). Kết quả tương đương đương với một số nghiên cứu trước đây, Nguyễn Hữu Lê (2002) báo cáo kết quả sử dụng ghép màng ối thay thế điều trị 36 mắt loét giác mạc khó hàn gắn sau nhiễm trùng với tỷ lệ thành công là 91,7% [2]. Prabhasawat P (2001) ghép màng ối thay thế trên 28 mắt loét khó hàn gắn được chia làm 3 nhóm: chỉ khuyết biểu mô lâu liền (10 mắt), kèm theo khuyết nhu mô (13 mắt) và loét thủng (5 mắt) thấy tỷ lệ thành công lần lượt là 80%, 84,6%, 80% và tính chung là 82,1%[8]. Tuy nhiên có tới 29% loét tái phát trong thời gian theo dõi (50 % số trường hợp này có căn nguyên loét là các bệnh lý miễn dịch như Stevens Johnson, Pemphigoid...). Vì vậy các tác giả cho rằng ghép màng ối là phương pháp có hiệu quả trong loét giác mạc khó hàn gắn, tuy

nhiên cần chú ý các trường hợp có nguy cơ thất bại cao khi kèm theo tổn thương vùng rìa cũng như viêm mạn tính bề mặt nhãn cầu như hội chứng Stevens Johnson, Pemphigoid, bỏng mắt do hóa chất [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho nhận xét tương tự, ghép màng ối ở nhóm không có tổn thương vùng rìa giác mạc thành công cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm có tổn thương vùng rìa giác mạc.

Đánh giá tình trạng diện ghép màng ối ở thời điểm khi liền khi liền biểu mô và sau 1 tháng, chúng tôi tỷ lệ diện ghép ở mức độ tốt tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), từ 39,6% (36/91 mắt) lên 61,5% (56/91 mắt) (bảng 3.5). Trong đó sự biến đổi rõ ràng nhất ở nhóm loét giác mạc do nhiễm trùng, tình trạng diện ghép ở cả 3 mức độ thời điểm 1 tháng cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ có nhóm bỏng mắt tình trạng diện ghép có xu hướng xấu đi theo thời gian, thời điểm liền biểu mô cho có 18,5% (5/27 mắt) ở mức độ kém, nhưng sau 1 tháng đã có 40,7% (11/27 mắt) ở mức độ này ($p < 0,05$). Điều này cũng phù hợp với tiến triển của bệnh, vì đa số các trường hợp bỏng này là do hóa chất, tổn thương tế bào gốc vùng rìa nhiều, nên liền biểu mô trên màng ối đa số là biểu mô kết mạc. Các tế bào biểu mô này dần sẽ kéo theo xơ mạch xâm nhập vào giác mạc gây đục diện ghép. Tuy nhiên với mục tiêu là bảo tồn bề mặt nhãn cầu thì ghép màng ối đã đạt được, còn để phục hồi chức năng thị giác thì cần các phẫu thuật sau này như ghép giác mạc, ghép tẩm biểu mô giác mạc rìa nuôi cấy [5].

Ghép phủ trong loét giác mạc khó hàn gắn dựa trên nguyên lý các yếu tố phát triển bên trong màng ối (như yếu tố phát triển biểu mô, yếu tố phát triển nguyên bào sợi ưa base, yếu tố phát triển tế bào sừng, yếu tố chuyển dạng α , β ...) sẽ thúc đẩy sự phân chia của tế bào biểu mô giác mạc và lúc này màng ối đóng vai trò như lớp "kính tiếp xúc", cho phép quá trình biểu mô xảy ra phía dưới nó [7]. Tuy nhiên để phương pháp này có hiệu quả cần màng ối có chứa nhiều yếu tố phát triển (không bị lưu trữ quá lâu), tế bào biểu mô giác mạc có khả năng tăng sinh và đáy ổ loét không khuyết nhu mô quá nhiều [6]. Do vậy đến nay chỉ có một số nghiên cứu sử dụng phương pháp này điều trị loét giác mạc khó hàn gắn và tỷ lệ thành công cũng không cao. Nghiên cứu đa trung tâm tất cả các trường hợp ghép màng ối tại Anh (192 bệnh nhân, 233 mắt) trong 5 năm từ 1998 đến 2002 với thời gian theo dõi tối thiểu là ba tháng cho thấy: với nhóm loét giác mạc khó hàn gắn (88 bệnh nhân) tỷ lệ thành công với ghép màng ối là

khá thấp (31%). Đa số các trường hợp này đều được ghép màng ối phủ (76/88 mắt). Tại Việt Nam đến nay chưa có công bố về ghép màng ối phủ điều trị loét giác mạc khó hàn gắn, trong nghiên cứu của chúng tôi số mắt được thực hiện phương pháp này rất thấp, chỉ có 8 mắt loét khó hàn gắn không có khuyết nhu mô. Mặc dù tỷ lệ thành công khá thấp 40% (4/8 mắt) nhưng các mắt thất bại đều là các mắt có tổn thương viêm bề mặt nhãn cầu mạnh (hội chứng Sjogren) và khả năng tăng sinh tế bào biểu mô kém (mất cảm giác giác mạc). Mặt khác, màng ối lưu trữ đông lạnh sẽ giảm chất lượng của các yếu tố phát triển trong nó theo thời gian nhưng trong nghiên cứu chúng tôi chưa đánh giá được các mắt thất bại được ghép màng ối được lưu trữ trong thời gian bao lâu. Vì vậy việc sử dụng ghép màng ối phủ trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn cần có các nghiên cứu sâu hơn.

V. KẾT LUẬN

Ghép màng ối là phương pháp có hiệu quả trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn. Nghiên cứu 117 trường hợp loét giác mạc khó hàn gắn của 113 bệnh nhân được ghép màng ối từ năm 2009 đến 2018 tại bệnh viện Quân Y 103 cho thấy tỷ lệ thành công là 81% (95/117 mắt), trong đó đa số là ghép màng ối thay thế (inlay) là 83,5% (91/109). Cần có những nghiên cứu thêm về ghép phủ màng ối điều trị loét giác mạc khó hàn gắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Ngân, Hoàng Thị Minh Châu (2013). "Nghiên cứu đặc điểm loét giác mạc khó hàn gắn được điều trị tại khoa Kết Giác mạc Bệnh viện mắt Trung ương năm 2011". Tạp chí Y Dược học Quân sự. 6:137-145.
2. Nguyễn Hữu Lê (2002). "Nghiên cứu phương pháp ghép màng ối điều trị loét giác mạc khó hàn gắn", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hn.
3. Dahlgren M.A, Dhaliwal A., Huang A.J. (2008). "Persistent epithelial defect", in Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology (Albert D.M., Miller J.W., Azar D.T., Blodi B.A. ed., 3rd edition), chapter 55: 49 -759, Elsevier - Health Sciences Division.
4. Letko E., Foste C.S. et al (2001). "Amniotic Membrane Inlay and Overlay Grafting for Corneal Epithelial Defects and Stromal Ulcers", Arch Ophthalmol, 119: 659-663.
5. Liu J, Sheha H, Fu Y, Liang L, Tseng S (2010). Update on amniotic membrane transplantation. Expert Rev Ophthalmol. 5(5): 645-661.
6. Malhotra C, Jain AK. Human amniotic membrane transplantation (2014). Different modalities of its use in ophthalmology. World J Transplant; 4(2): 111-121.
7. Meller D, Pauklin M, Thomasen H, Westekemper H, Steuhl KP. (2011). Amniotic membrane transplantation in the human eye. Dtsch Arztebl Int. 108(14): 243-8.
8. Prabhasawat P, Tesavibul N, Komolsuradej W (2001). Single and multilayer amniotic membrane transplantation for persistent corneal epithelial defect with and without stromal thinning and perforation. Br J Ophthalmol. 85:1455-1463.
9. Rahman I, Said DG, Maharajan VS, Dua HS (2009). Amniotic membrane in ophthalmology: indications and limitations. Eye (London) 23, 1954-1961.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐỒNG THỜI DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC VÀ DÂY CHẰNG BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Bảo Lục*, Văn Huy Hoạt*, Võ Thành Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật đồng thời dây chằng chéo trước (DCCT) và dây chằng bên trong (DCBT) tại khoa Chấn thương Chính hình, Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu khảo sát trên hồ sơ bệnh án của 30 bệnh nhân (BN) phát hiện có đứt DCCT và DCBT được phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2010 đến 12/2019. **Kết quả:** Tất cả BN được theo dõi và đánh giá sau mổ 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng bằng thang điểm Lysholm trên lâm sàng, 63,4% BN đạt rất

tốt và 23,3% đạt tốt, không có kết quả xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật DCCT và DCBT đồng thời cho kết quả điều trị phục hồi khớp gối sau mổ tốt.

Từ khóa: tổn thương dây chằng chéo trước, dây chằng bên trong.

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT COMBINATION OF ANTERIOR CRUCIATE AND MEDIAL COLLATERAL LIGAMENT INJURIES AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of treatment combination of anterior cruciate ligament (ACL) and medial collateral ligament (MCL) injuries at Orthopedic Surgery Department – Thong Nhat Hospital. **Subjects and research methods:** A retrospective research study was conducted using medical records of 30 patients with ACL and MCL tore who were treated for

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

arthroscopic cruciate ligament reconstruction at Thong Nhat Hospital from January 2010 to December 2019.

Results: All patients were recorded on 3 months, 6 months and 9 months after surgery by the Lysholm scale and clinical examination, 63,4% patient resilience was very good and 23,3% was good, there were no bad results. **Conclusion:** Arthroscopic treatment combination of ACL reconstruction with repair MCL got good treatment results.

Keywords: anterior cruciate ligament and medial collateral ligament injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng khớp gối thường gặp trong chấn thương gối. Tùy vào lực tác động, cơ chế tác động mà dây chằng tổn thương ở nhiều mức độ khác nhau [2]. Kaeding và cộng sự (2005) đã phân tích 2265 ca chấn thương các dây chằng, trong đó DCCT đơn thuần chiếm hơn 87%. Đặc biệt khi tác giả phân tích riêng về tổn thương DCBT độ III (có chỉ định phẫu thuật) đã ghi nhận hơn 95% trường hợp tổn thương DCBT kèm DCCT [5].

K. Shirakura (2000) có nghiên cứu về việc điều trị tổn thương phối hợp DCCT và DCBT khớp gối. Tất cả các BN được phẫu thuật nội soi (PTNS) tái tạo DCCT, còn DCBT được điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Kết quả nhận được nếu điều trị phẫu thuật đồng thời cả 2 dây chằng luôn đạt được kết quả phục hồi tốt hơn [6]. Halinen và cộng sự (2006) cũng nghiên cứu tương tự và đạt được kết quả phục hồi tương đồng ở cả hai nhóm, từ đó đưa ra kết luận khi điều trị tổn thương DCCT và DCBT thì có thể chỉ tái tạo DCCT mà không cần sửa chữa DCBT [4].

Chính vì còn nhiều điểm không tương đồng giữa các nghiên cứu với nhau về việc có nên hay không điều trị sửa chữa DCBT đồng thời với DCCT, cho nên tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật đồng thời hai dây chằng và đánh giá các tác động phục hồi tích cực trên bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của 30 bệnh nhân (BN) phát hiện có đứt DCCT và DCBT được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2010 đến 12/2019.

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN đồng ý tham gia nghiên cứu, có đứt DCCT và DCBT trên phim MRI và BN có chỉ định phẫu thuật DCCT và DCBT.

- Chỉ định phẫu thuật DCCT [3]:
 - Từ 16 đến 50 tuổi.
 - Đứt hoàn toàn DCCT trên MRI
 - BN đồng ý phẫu thuật.
- Chỉ định phẫu thuật DCBT [8]:
 - Valgus test dương tính.

- Đứt hoàn toàn DCBT trên phim MRI.
- Vị trí DCBT nằm dưới vị trí sụn chêm trong trên phim MRI.

- Có bong điểm bám xương của DCBT trên phim X – quang.

- BN đồng ý phẫu thuật.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, BN chỉ đứt DCCT hoặc DCBT, đứt hoặc bong điểm bám DCBT lõi cầu xương đùi, bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật DCCT và DCBT, gãy xương vùng gối.

Phương pháp nghiên cứu:

❖ Nghiên cứu hồi cứu, hẹn tái khám và đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng.

- Khai thác bệnh sử: Xác định thời điểm tổn thương, nguyên nhân, chẩn đoán, xử trí trước đó, quy trình và thời gian tập phục hồi chức năng.

- Chụp cộng hưởng từ: Hình ảnh trên cộng hưởng từ có tổn thương DCCT và DCBT để chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ tổn thương.

- Các cận lâm sàng khác như: X - quang gối, X - quang tim phổi, các xét nghiệm thường quy tiền phẫu.

❖ Phương pháp theo dõi và đánh giá:

- Theo dõi phẫu thuật: mức độ thương tổn dây chằng, chiều dài và đường kính mảnh ghép.

- Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật và tái khám.

- Sau phẫu thuật BN được đeo nẹp Zimmer 4 tuần, tập phục hồi chức năng sớm từ ngày đầu hậu phẫu.

- Tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng. Đánh giá tình trạng vết mổ trong thời gian đầu, mức độ teo cơ tứ đầu đùi, tầm vận động khớp. Đánh giá sự hồi phục của DCBT, DCCT. Cuối cùng đánh giá kết quả hồi phục dây chằng, mức độ đau của khớp gối, chức năng khớp gối và khả năng trở lại công việc cũng như hoạt động thể dục thể thao.

❖ Đánh giá kết quả chức năng vận động khớp theo bảng đánh giá của Lysholm và Gillquist 1982. Căn cứ các dấu hiệu lâm sàng đau, sưng gối, lỏng khớp cũng như dựa vào khả năng phục hồi chức năng vận động khớp như: đi lại, lên cầu thang, ngồi xổm và cần sử dụng dụng cụ trợ giúp khi đi: [7]

- Rất tốt: Từ 95 – 100 điểm;
- Tốt: Từ 84 – 94 điểm;
- Trung bình: Từ 65 – 83 điểm;
- Xấu: Dưới 65 điểm.

❖ **Phương pháp phẫu thuật:**

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được gây tê tủy sống, nằm ngửa, garrot đùi.

Kỹ thuật nội soi tái tạo DCCT: Phẫu thuật nội

soi tái tạo DCCT bằng gân cơ mào dài, phương pháp All Inside.

Kỹ thuật phục hồi DCBT:

- Khâu nối tận – tận bằng chỉ siêu bền với trường hợp đứt 1/3 giữa DCBT.

- Phẫu thuật tái tạo DCBT bằng gân cơ mào dài với trường hợp không thể khâu nối tận – tận.

❖ Quá trình hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu bệnh nhân được đặt nẹp Zimmer, rửa vết mổ, thay băng hàng ngày, cắt chỉ vết mổ sau 7 – 10 ngày tùy thuộc từng bệnh nhân.

Sau mổ bệnh nhân được tập luyện theo chương trình phục hồi chức năng dành cho BN sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT [1].

BN trong quá trình theo dõi được hẹn tái khám và đánh giá ghi lại mức độ phục hồi vận động khớp gối.

❖ Thu thập số liệu dựa trên:

- Đặc điểm tổn thương DCBT trên phim MRI.
- Đặc điểm tổn thương DCBT trong phẫu thuật
- Đánh giá khả năng phục hồi sau phẫu thuật DCCT và DCBT dựa trên thang điểm Lysholm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tổn thương DCBT trên phim MRI và phẫu thuật

Trong tổng 30 trường hợp nghiên cứu, các BN đều được chụp MRI để đánh giá mức độ và vị trí

tổn thương DCBT. 30 BN đều có đứt hoàn toàn DCBT, vị trí đứt ở 1/3 giữa và gần mâm chày.

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương DCBT trên phim MRI (n = 30)

Đặc điểm	Đứt 1/3 giữa	Đứt gần mâm chày	Tổng
Số BN	8	22	30
Tỉ lệ %	26,7	73,3	100

Các trường hợp tổn thương DCBT trên phim MRI chủ yếu là đứt gần mâm chày với 22 BN chiếm tỉ lệ 73,3%, trường hợp đứt 1/3 giữa có 8 BN chiếm tỉ lệ 26,7%.

Bảng 2. Đặc điểm và mức độ tổn thương DCBT trong phẫu thuật (n = 30)

Đặc điểm	Đứt 1/3 giữa	Đứt gần mâm chày	Tổng
Số BN	10	20	30
Tỉ lệ %	33,3	66,7	100

Trong số 30 trường hợp nghiên cứu, khi phẫu thuật chúng tôi phát hiện trường hợp đứt hoàn toàn DCBT thường ở vị trí gần mâm chày chiếm tỉ lệ 66,7%, cho thấy việc chụp MRI phát hiện vị trí tổn thương DCBT cũng còn hạn chế. Các trường hợp đứt gần mâm chày được phẫu thuật tái tạo.

2. Đánh giá khả năng phục hồi sau phẫu thuật DCCT và DCBT dựa trên thang điểm Lysholm

Bảng 3. Khả năng hồi phục sau phẫu thuật theo thang điểm Lysholm (n = 30)

Thời gian	Điểm Lysholm	Rất tốt	Tỉ lệ %	Tốt	Tỉ lệ %	Trung bình	Tỉ lệ %	Xấu
3 tháng		1	3,3	9	30,0	20	66,7	0
6 tháng		7	23,3	15	50,0	8	26,7	0
9 tháng		19	63,4	7	23,3	4	13,3	0

Điểm Lysholm trung bình sau 9 tháng của nhóm BN nghiên cứu là 92,4 điểm. Trong đó số trường hợp phục hồi rất tốt có 19 BN (63,4%), đạt tốt có 7 BN (23,3%), không có trường hợp nào xấu. Trong 3 tháng đầu tiên chỉ có 1 BN đạt rất tốt (3,3%), BN đạt trung bình chiếm phần lớn với 20 BN (66,7%). Khi theo dõi quá trình luyện tập của BN có cải thiện đáng kể, tăng dần từ trung bình lên tốt và rất tốt trong 3 tháng và 6 tháng. Như vậy kết quả sau điều trị phẫu thuật nội soi DCCT đồng thời với khâu hoặc tái tạo DCBT cho kết quả phục hồi tốt trên BN.

V. KẾT LUẬN

Qua 30 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy rằng phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT và khâu nối hoặc tái tạo DCBT đồng thời được đánh giá sau 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng dựa trên thang điểm Lysholm cho kết quả phục hồi khớp gối rất tốt (63,4%) và tốt (23,3%), không có trường hợp

nào xấu. Vì vậy việc phục hồi đồng thời DCCT và DCBT là cần thiết để đạt hiệu quả cao trong phục hồi chức năng khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Hoàng Kiêm (2015), "Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng". Giáo trình dùng cho đại học. Bộ môn VLTL – PHCN Học viện Quân Y. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Nguyễn Văn Quang (2006), "Sinh cơ học khớp gối", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh – Chuyên đề Cơ Xương Khớp, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 10, phụ bản số 2, tr.9-13.
3. Allen CR, Giffin JR, Harner CD (2003). "Revision anterior cruciate ligament reconstruction". Orthop Clin North Am ;34:79-98.
4. Halinen J, Lindahl J, Hirvensalo E, Santavirta S (2006). "Operative and nonoperative treatments of medial collateral ligament rupture with early anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective randomized study". Am J Sports Med; 34:1134 – 1140.
5. Kaeding C. C, Pedroza A. D, Parker R. D, et al

- (2005). "Intra-articular findings in the reconstructed multiligament-injured knee". Arthroscopy. Apr 2005; 21(4):424-430.
6. K. Shirakura, M. Terauchi, M. Katayama, H. Watanabe, T. Yamaji, K. Takagishi (2000), "The management of medial ligament tears in patients with combined anterior cruciate and medial ligament lesions". Int Orthop. 2000; 24(2):108-111.
7. Lysholm J, Gillquist J (1982), "The evaluation of the knee ligament surgery with special emphasis to the use of a knee scoring scale". Am. J. Sport Med, In Press, pp. 19-23.
8. Pablo Eduardo Gelber Simone Perelli (2018), "Treatment of the medial collateral ligament injuries", Annals of Joint. 3.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐÁP ỨNG GIÃN MẠCH QUA TRUNG GIAN DÒNG CHẢY ĐỘNG MẠCH CÁNH TAY VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ MÃN KINH BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER

Lương Thị Hương Loan*, Nguyễn Đức Hải**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay (FMD) với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh (PNMK) bằng siêu âm Doppler. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở PNMK, tuổi từ 48 đến 60, từ tháng 04/2014 - 03/2015, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tất cả phụ nữ tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng, xét nghiệm máu, và siêu âm động mạch cánh tay trên máy Philips HD 11XE với đầu dò 7,5 MHz. **Kết quả:** Tổng số 232 PNMK có tuổi trung bình ($54,6 \pm 4,8$). PNMK có HATT ≥ 140 mmHg có nguy cơ giảm FMD động mạch cánh tay hơn nhóm phụ nữ có HATT < 140 mmHg OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1). PNMK có rối loạn glucose, lipid máu lúc đói và có giảm estradiol có nguy cơ giảm FMD cao hơn so với nhóm còn lại với OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4); OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0) và OR = 3,6 (95% CI: 1,1 - 10,4). Không tìm thấy mối liên quan giữa BMI, vòng bụng, hs-CRP, và testosterone với giảm FMD ở PNMK. **Kết luận:** Phụ nữ mãn kinh có huyết áp tâm thu (≥ 140 mmHg), rối loạn lipid, đường máu ($\geq 5,6$ mmol/l và $\leq 6,9$ mmol/l) và giảm estradiol có liên quan chặt chẽ đến giảm FMD, với OR lần lượt là OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0), OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4) và OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4), với $p < 0,05$.

Từ khóa: phụ nữ mãn kinh, FMD, các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

STUDYING THE RELATIONSHIP BETWEEN FLOW-MEDIATED DILATION OF THE BRACHIAL ARTERY AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MENOPAUSAL WOMEN BY DOPPLER ULTRASOUND

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hương Loan

Email: luonghuongloan1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

Objective: studying the connection between the brachial artery flow-mediated dilation and cardiovascular risk factors in the menopausal women by Doppler ultrasound in the clinic of the Thai Nguyen Central Hospital. **Patients and methods:** 232 menopausal women admitted to Thai Nguyen Central Hospital from April to March 2015. All patients underwent clinical exams, laboratory tests and assessment of endothelial function by brachial artery flow mediated dilation by Doppler ultrasound. Material: Duplex ultrasound PHILIPS HD 11XE with sector 7.5 MHz. **Results:** the study included 232 participants, the mean age of women were $54,6 \pm 6,8$ years. FMD in menopausal women was significantly associated with systolic blood pressure OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), fasting blood glucose OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4) và impairment of estradiol OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4). FMD was not found to be related to body mass index, waist circumference, hs-CRP, and testosterone. **Conclusion:** impaired FMD in the postmenopausal women related to systolic blood pressure (≥ 140 mmHg) and fasting blood glucose ($\geq 5,6$ mmol/l) and estradiol.

Keywords: menopause, flow-mediated dilation of the brachial artery, cardiovascular risk factors in menopausal women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vữa xơ động mạch (VXĐM) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế. Vai trò của VXĐM đã được xác định trong các bệnh lý về tim mạch, bệnh đột quỵ não và bệnh động mạch ngoại vi... Năm 2013 thống kê toàn cầu, số ca tử vong do nhồi máu cơ tim là 8,56 triệu người, 10,3 triệu người là số ca mắc mới về đột quỵ. Tỷ lệ tử vong do tim mạch khác nhau giữa nam và nữ, nữ giới có tỷ lệ tử vong do tim mạch cao hơn so với nam giới, đặc biệt là ở PNMK. Sự khác biệt giữa tỷ lệ tử vong giữa nam giới và nữ giới được giải thích, ngoài những nguyên nhân truyền thống gây VXĐM cho cả nữ giới và nam giới như béo phì, THA, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu... ở nữ giới sự thiếu hụt estrogen trong thời kỳ mãn kinh gây ra

sự rối loạn nặng nề về chuyển hóa lipid, tái phân bố lại chất béo trong cơ thể (béo trung tâm), kháng insulin... chính vì vậy tổn thương động mạch tiềm ẩn sẵn ở trong giai đoạn này. VXĐM khi đã lộ rõ trên lâm sàng thường để lại hậu quả nặng nề rất khó khắc phục. Do vậy việc khảo sát rối loạn chức năng nội mạc, hay VXĐM ở giai đoạn tiền lâm sàng đang rất được quan tâm.

Rối loạn chức năng nội mạc mạch máu có vai trò quan trọng trong bệnh sinh VXĐM và là biểu hiện sớm nhất của tiến trình này. Có nhiều phương pháp đánh giá rối loạn chức năng nội mạc mạch máu, trong đó FMD bằng siêu âm với kích thích gây tăng dòng chảy là phương pháp tin cậy và được sử dụng nhiều hiện nay. Nghiên cứu FMD đã được thực hiện trên nhiều đối tượng khác nhau như bệnh nhân ĐTĐ, bệnh mạch vành, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào thực hiện trên PNMK. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tìm hiểu mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh bằng siêu âm Doppler" nhằm mục tiêu: tìm hiểu mối liên quan giữa FMD với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở PNMK bằng siêu âm Doppler tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Là các phụ nữ có độ tuổi từ 48 đến 60, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: mãn kinh tự nhiên sau 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ đang mắc các bệnh lý cấp tính và mãn tính, điều trị hormone thay thế, bị gù, vẹo hay cong cột sống; phụ nữ có hình ảnh siêu âm không cho phép phân tích đánh giá hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm: tại khoa khám ngoại trú Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Trong thời gian: từ tháng 04 đến tháng 03 năm 2015.

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

Tất cả các bệnh nhân đều được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng. FMD được thực hiện trên máy siêu âm Doppler màu hãng PHILIPS HD 11XE, đầu dò tần số 7,5MHz. Thực hiện đo FMD theo khuyến cáo của Trường môn Tim mạch Mỹ. Đo đường kính động mạch cánh tay trước kích thích (D1): lấy trung bình cộng từ 3 đường kính của 3 đoạn gần nhau. Bơm HA lên mức trên HA tâm thu 250mmHg và giữ trong 4 phút 30 giây, sau đó xả bằng HA. Hình ảnh cắt dọc của động mạch được ghi nhận liên tục từ thời điểm trước khi xả HA kể 60 giây cho đến thời điểm 2 phút sau khi xả. Đường kính

động mạch sau kích thích (D2) cũng được lấy trung bình cộng của 3 đường kính tại 3 vị trí như của (D1) vào thời điểm 60 giây sau xả bằng huyết áp (thời điểm giãn mạch tối đa sau nghiệm pháp).

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của phụ nữ mãn kinh ($n = 232$)

Biến số		n	%
Tuổi	Thấp nhất	48	-
	Cao nhất	60	-
	Trung bình	54,6 ± 4,8	
BMI	18,5 - 22,9	77	33,2
	23,0 – 27,4	147	63,4
	≥ 27,5	8	3,4
	Trung bình	23,8 ± 2,1	
Vòng bụng (cm)	< 80	96	41,4
	≥ 80	136	58,6
	Trung bình	83,0 ± 6,2	
HATT	Trung bình	127,6 ± 14,9	
HATTr		79,0 ± 10,0	
Vòng mông		92,6 ± 4,9	
Tỷ vòng bụng/mông		0,9 ± 0,06	

Phụ nữ mãn kinh có tuổi thấp nhất 48, cao nhất 60, tuổi trung bình là ($54,6 \pm 4,8$), BMI trung bình ($23,8 \pm 2,1$), vòng mông ($92,6 \pm 4,9$), HATT ($127,6 \pm 14,9$), HATTr ($79,0 \pm 10,0$).

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm lipid máu ở phụ nữ mãn kinh

Nhóm	PNMK ($n = 232$)
Chỉ số sinh hóa	Trung bình
CT	$5,1 \pm 1,0$
HDL-C (mmol/L)	$1,2 \pm 0,3$
Non-HDL-C (mmol/L)	$3,8 \pm 1,0$
TG (mmol/L)	$2,4 \pm 1,6$
LDL-C (mmol/L)	$3,1 \pm 0,8$

Khảo sát giá trị trung bình của CT ($5,1 \pm 1,0$), HDL-C ($1,2 \pm 0,3$), Non-HDL-C ($3,8 \pm 1,0$), TG ($2,4 \pm 1,6$), LDL-C ($3,1 \pm 0,8$).

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm insulin, glucose, hs-CRP, estradiol, testosterone máu ở phụ nữ mãn kinh.

Nhóm	PNMK ($n = 232$)(Trung bình)
Chỉ số sinh hóa	
Insulin máu lúc đói ($\mu\text{U/ml}$)	$12,6 \pm 12,7$
Glucose máu lúc đói (mmol/L)	$5,7 \pm 0,7$
hs-CRP (mg/l)	$2,0 \pm 2,7$
Estradiol (pg/ml)	$30,5 \pm 15,8$
Testosterone (ng/dl)	$24,0 \pm 12,2$

Khảo sát giá trị trung bình của insulin ($12,6$

$\pm 12,7$), glucose máu ($5,7 \pm 0,7$), hs-CRP ($2,0 \pm 2,7$), estradiol ($30,5 \pm 15,8$) và testosterone ($24,0 \pm 12,2$).

3.2. Mối liên quan giữa FMD và các yếu tố nguy cơ tim mạch

Bảng 4. Mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay với huyết áp, lipid máu, glucose và hs-CRP

Biến số		FMD	PNMK (n = 232)			
			Tổng	Giảm FMD		p
				n	%	
Huyết áp	Không tăng		155	22	14,2	1
	Tăng		77	44	57,1	8,1 (4,1 – 16,1)
Lipid máu	Không RL		37	55	28,2	1
	RL lipid		195	5	13,5	2,9 (1,1 – 10,0)
Glucose máu	Bình thường		97	12	12,4	1
	Tiền ĐTĐ		135	54	40,0	4,7 (2,3 – 10,4)
Hs-CRP	Bình thường		151	37	24,5	1
	Tăng hs-CRP		81	29	35,8	1,7 (0,9 – 3,2)

PNMK có THA có nguy cơ giảm FMD cao gấp nhiều lần so với PNMK không THA OR = 8,1 (95% CI: 4,1 – 16,1), $p < 0,001$.

PNMK có tiền ĐTĐ tít 2 có nguy cơ giảm FMD gấp nhiều lần so với PNMK có glucose máu bình thường OR = 4,7 (95% CI: 2,3 – 10,4), $p < 0,05$.

Ở phụ nữ có RL lipid, nguy cơ bị giảm FMD gấp 2,9 lần so với phụ nữ không có RL lipid OR = 2,9 (95% CI: 1,1 – 10,4), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay với estradiol, testosterone

Chỉ số sinh hóa		FMD	PNMK (n = 232)			
			Tổng	Giảm FMD		p
				n	%	
Estradiol (pg/ml)	Bình thường		38	5	13,2	1
	Giảm		194	61	31,4	3,0 (1,1 - 10,4)
Testosterone (ng/dl)	Bình thường		7	0	0,0	1
	Giảm		225	66	29,3	-

Phụ nữ mãn kinh có nồng độ estradiol giảm có nguy cơ bị giảm FMD gấp 1,6 lần so với nhóm có nồng độ estradiol bình thường OR = 3,0 (CI 95%: 1,1 – 10,4), $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về lâm sàng và xét nghiệm:

Đặc điểm chung lâm sàng. Tuổi trung bình của PNMK ($54,6 \pm 4,8$). So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Chi, PNMK tuổi trung bình ($57,9 \pm 4,5$) [1], Trần Đình Đạt ($57,51 \pm 4,64$) [2]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Lê Văn Chi và Trần Đình Đạt cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi vì chúng tôi nghiên cứu trên phụ nữ có tuổi cao nhất là 60, Lê Văn Chi phụ nữ có tuổi cao nhất 65, Trần Đình Đạt phụ nữ có tuổi cao nhất là 70.

Phụ nữ mãn kinh có BMI trung bình: ($23,8 \pm 2,1$ kg/m²), VB: ($83,0 \pm 6,2$ cm), tỷ VB/VM ($0,9 \pm 0,06$). Nghiên cứu của Trần Đình Đạt [2] trung bình BMI: ($24,53 \pm 2,85$ kg/m²), VB: ($89,7 \pm 8,96$ cm), tỷ VB/VM ($0,95 \pm 0,06$), của Lê Văn Chi [1] trung bình BMI: ($23,6 \pm 2,8$ kg/m²), VB: ($86,1 \pm 5,8$ cm), tỷ VB/VM ($0,92 \pm 0,04$) và của Trần Hữu Dàng [3] trung bình BMI: ($24,52 \pm 3,42$ kg/m²), VB: ($87,07 \pm 8,96$ cm), tỷ VB/VM

($0,95 \pm 0,07$). Dù mãn kinh diễn ra kín đáo hay có xáo trộn thì hậu quả của sự thiếu hụt estradiol trong thời kỳ mãn kinh đều không thể tránh được ở mọi phụ nữ. Hậu quả là sự thay đổi về mặt hình thái: ứ đọng mỡ nhiều nơi, tập trung mỡ ở vùng thân đặc biệt là tăng lượng mỡ ở bụng, tăng chỉ số khối cơ thể [7]. Hiện chưa rõ thời kỳ mãn kinh là một yếu tố nguy cơ tim mạch cho tất cả phụ nữ hay chỉ ở những người béo phì trung tâm.

Khi tìm hiểu THA ở PNMK, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ THA trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 33,2%, HATth trung bình: ($127,6 \pm 14,9$) mmHg, HATtr: ($79,0 \pm 10,0$) mmHg. So sánh với kết quả nghiên cứu của Phạm Hùng Lực tỷ lệ THA ở nhóm PNMK chiếm 50%, HATth ($136,1 \pm 25,0$) mmHg, HATtr ($82,0 \pm 13,5$) mmHg [14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Hùng Lực, vì PNMK trong nghiên cứu của chúng tôi có lứa tuổi thấp hơn.

Đặc điểm chung về xét nghiệm. Để đánh giá tỷ lệ tăng TG, CT và LDL-C chúng tôi dựa vào

tiêu chí của Hội Tim mạch học Việt Nam 2014 [5]. Tỷ lệ tăng TG là khá cao (59,1%), tiếp đến LDL-C (37,9%) và CT (40,9%) ở nhóm PNMK. Theo nghiên cứu của M.C. Carr [6], sự tích tụ mỡ ở vùng bụng khi mãn kinh gây tăng acid béo tự do trong máu và giảm adiponectin. Những thay đổi này làm tăng Apo-B dẫn đến tăng triglyceride máu, thay đổi thành phần của LDL, LDL nhỏ, đậm đặc tăng từ 10-13% trong giai đoạn tiền mãn kinh lên 30 - 49% khi mãn kinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với ghi nhận của tác giả.

Khi nghiên cứu độ nhạy của insulin ở những phụ nữ có tuổi từ 20 đến 78 DeNino và cộng sự cho rằng phụ nữ lớn tuổi thì giảm độ nhạy cảm của insulin, đặc biệt là những phụ nữ lớn tuổi [8]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ insulin máu lúc đói (12,6 μ U/ml) thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Hữu Dàng (15,75 μ U/ml) [3], do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trẻ tuổi hơn (tuổi trung bình: $54,6 \pm 6,8$ so với $62,92 \pm 7,62$) và điều này phù hợp với luận điểm nghiên cứu của DeNino.

Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình ở nhóm PNMK là ($5,7 \pm 0,7$ mmol/l), cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Võ Bảo Dũng [4] ($10,80 \pm 3,65$ mmol/l). Sự khác biệt này do đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu của chúng tôi khác nhau. Chúng tôi nghiên cứu trên phụ nữ chỉ có rối loạn glucose máu lúc đói, còn Võ Bảo Dũng nghiên cứu trên bệnh nhân được chẩn đoán là ĐTĐ týp 2. Cùng là đối tượng PNMK, nồng độ hs-CRP trong nghiên cứu của chúng tôi là ($2,0 \pm 2,7$ mg/l), nghiên cứu của Trần Đình Đạt ($2,42 \pm 2,46$ mg/l) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nhau.

4.2. Liên quan giữa FMD với các yếu tố nguy cơ tim mạch như: huyết áp, lipid, glucose máu, hs-CRP, estradiol và testosterone ở phụ nữ mãn kinh

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước đã chỉ ra rằng: rối loạn chức năng nội mạc mạch máu có vai trò quan trọng trong bệnh sinh VXĐM và là biểu hiện sớm nhất của tiến trình này. Ở PNMK, do sự suy giảm của các hormone sinh dục nữ nên bắt đầu xuất hiện rõ rệt các tổn thương nội mạc mạch máu. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự liên quan giữa giảm FMD với THA, PNMK có huyết áp ≥ 140 mmHg, glucose máu 5,6 – 6,9, rối loạn lipid máu và giảm estradiol thì có nguy cơ bị giảm FMD cao hơn những phụ nữ không có THA, rối loạn glucose, lipid máu, và không có giảm estradiol. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi

giống như kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Naidu 2011, chứng minh được giảm FMD ở bệnh nhân THA khi khảo sát trên 60 bệnh nhân và tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa THA tâm thu và FMD. Bệnh nhân có THA tâm thu nguy cơ giảm FMD thấp hơn so với nhóm không có THA tâm thu OR = 1,12. (CI 95%: 1,053 – 1,196, $p < 0,01$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cung cấp bằng chứng THA ở PNMK liên quan đến giảm FMD. Nhóm có THA khả năng bị giảm FMD cao gấp 8,1 lần so với nhóm không có THA OR = 8,1 (95% CI: 4,1 – 16,1).

Giảm FMD động mạch cánh tay ở PNMK có RL lipid gấp 2,9 lần so với PNMK không có RL lipid OR = 2,9 (95% CI: 1,1 – 10,0). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Rosi khi thực hiện trên 2,264 PNMK với mục tiêu tìm mối liên quan giữa FMD và các yếu tố nguy cơ tim mạch, đã phát hiện ra CT máu tăng dần khi FMD nhỏ dần ($p < 0,0001$). FMD giảm ở phụ nữ có RL lipid, dù đối tượng nghiên cứu là những người phụ nữ khỏe mạnh, có lẽ vì RL lipid trong bệnh sinh VXĐM đã được khẳng định và được biết đến từ lâu.

Các nghiên cứu đã chứng minh tổn thương nội mạc sớm trên cơ sở đặc điểm sinh bệnh học của ĐTĐ týp 2 là loại tổn thương hay gặp. Tổn thương động mạch xuất hiện ở cả mạch máu lớn và nhỏ, và là tổn thương do biến đổi lớp nội mạc. Qua phân tích glucose máu lúc đói nhận thấy nguy cơ bị giảm FMD cao hơn nhiều lần so với nhóm không có rối loạn glucose máu lúc đói OR = 4,7 (95% CI: 2,3- 10,4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Skaug E 2014, khi tác giả tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tim mạch tác động đến rối loạn chức năng nội mạc ở 2,528 phụ nữ ghi nhận: nguy cơ bị giảm FMD ở nhóm có glucose máu cao tăng gấp 4,5 lần so với người có glucose máu bình thường OR = 4,5 (I 95%: 1,64 – 7,15).

Mãn kinh kéo dài làm xuất hiện hiện tượng methyl hóa ADN tại vùng hoạt hóa của các thụ thể estrogen α và β do đó làm thay đổi cấu trúc của thụ thể estrogen dẫn đến mất chức năng đáp ứng đối với tác động của estrogen, khả năng chống VXĐM của estrogen ở PNMK không còn hiệu quả. Nghiên cứu của Gavin K đã làm sáng tỏ vấn đề này, PNMK estrogen α liên quan chặt chẽ đến giãn nở nội mạc [9].

Các nghiên cứu nhấn mạnh vào vai trò của nội tiết tố người phụ nữ trong thời gian mãn kinh, đặc biệt sự giảm estrogen làm cho tình trạng giãn mạch của mạch máu xấu đi. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rõ được điều này, biểu

hiện FMD trong nghiên cứu của chúng tôi giảm rõ ở phụ nữ có estrogen giảm OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4).

V. KẾT LUẬN

Phụ nữ mãn kinh có huyết áp tâm thu (≥ 140 mmHg), rối loạn lipid, đường máu (≥ 5.6 mmol/l và $\leq 6,9$ mmol/l) và giảm estradiol có liên quan chặt chẽ đến giảm FMD, với OR lần lượt là OR = 8,1 (95% CI: 4,1 – 16,1), OR = 2,9 (95% CI: 1,1 – 10,0), OR = 4,7 (95% CI: 2,3- 10,4) và OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4), với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Chi (2010), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa và vai trò của kháng insulin, estradiol và testosterone ở phụ nữ mãn kinh", Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
2. Trần Đình Đạt (2011), "Nghiên cứu tổn thương động mạch cảnh qua siêu âm Doppler ở phụ nữ mãn kinh có hội chứng chuyển hóa", Luận án tiến sĩ Y học.
3. Trần Hữu Dàng, Trần Thừa Nguyên (2008), "Nghiên cứu kháng insulin ở phụ nữ mãn kinh", Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Trung ương Huế.
4. Võ Bảo Dũng (2012), Nghiên cứu giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cảnh tay và độ dày nội trung mạc động mạch cảnh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới phát hiện, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2014), Khuyến cáo 2014 của Hội Tim mạch học Việt Nam về: Rối loạn lipid máu, Tim mạch học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Carr M.C, et al. (2000), "Changes in LDL density across the menopausal transition". Journal Invest Med, Vol 48: p. 245-250.
7. Markku J and e. al, (2000), "Effects of hypertension and risk factors on diameters of abdominal aorta and common iliac and femoral arteries in middle-aged hypertensive and control subjects: A cross-sectional study with duplex ultrasound". Atherosclerosis. Vol 153(1): p. 99-106.
8. W. F. DeNino, A. Tchernof, I. J. Dionne, et al. (2001), "Contribution of abdominal adiposity to age-related differences in insulin sensitivity and plasma lipids in healthy nonobese women", Diabetes Care, 24 (5), pp. 925-932.
9. K. M. Gavin, D. R. Seals, A. E. Silver, et al. (2009), "Vascular endothelial estrogen receptor alpha is modulated by estrogen status and related to endothelial function and endothelial nitric oxide synthase in healthy women", J Clin Endocrinol Metab, 94 (9), pp. 3513-3520.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG BẰNG ĐƯỜNG MỖ TRƯỚC-NGOÀI ROTTINGER

Trần Trung Dũng*, Phạm Trung Hiếu*, Nguyễn Trung Tuyền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gần và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng 30 khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội từ tháng 6 năm 2018 tới tháng 10 năm 2019. **Kết quả:** Chiều dài vết mổ trung bình $7,8 \pm 0,9$ cm, thời gian phẫu thuật trung bình $68,4 \pm 8,2$ phút, lượng máu mất trong mổ trung bình $348,3 \pm 50$ mL. Bệnh nhân có thể bắt đầu tập đi sau mổ $2,1 \pm 1$ ngày. 80% số ổ cối nhân tạo được đặt trong khoảng an toàn của Lewinnek, 63,3% chuỗi khớp ở vị trí trung gian. Có 4 trường hợp biến chứng vỡ mẫu chuyển lớn trong mổ. Sau 3 tháng, điểm chức năng khớp háng Harris là $86,3 \pm 2,8$, tổng biên độ vận động của khớp háng là $265,2 \pm 14,7^{\circ}$. Có 1 trường hợp trật khớp háng ra

trước sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng sử dụng đường mổ trước-ngoài Rottinger đem lại kết quả điều trị tốt, chức năng khớp háng được phục hồi sớm, tỷ lệ trật khớp sau mổ thấp. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó thực hiện và có nguy cơ gây biến chứng gãy mẫu chuyển lớn trong mổ nếu phẫu tích không tốt.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần, đường mổ trước-ngoài, xâm lấn tối thiểu

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOME OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY USING ROTTINGER ANTEROLATERAL APPROACH

Objective: Evaluating the outcome and related factors of cementless total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach. **Patients and method:** A uncontrolled prospective cross-section study of 30 hip joints underwent cementless total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach at SaintPaul General Hospital, Hanoi from June 2018 to October 2019. **Result:** Average incision length was 7.8 ± 0.9 cm, average surgery time was 68.4 ± 8.2 minutes, the average blood loss in surgery was 348.3 ± 50 mL. The average first mobilization day was 2.1 ± 1 day. 80% of cup position were placed in the safe-zone of Lewinnek, 63.3% of stem axis were center axis. There were 4 cases of complications of great trochanter fractures during surgery. After 3

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

months, the Harris hip score was 86.3 ± 2.8 , the total range of motion of the hip was 265.2 ± 14.70 . There was only 1 case of hip dislocation after surgery.

Conclusion: Total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach has good treatment results, hip function is restored early, the rate of dislocated joints after surgery is low. However, this is a difficult technique to perform and there is a risk of complications of great trochanter fracture during surgery if the dissection skill is not good.

Keywords: Total hip arthroplasty, anterolateral approach, minimally invasive

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo được coi là một trong những phát minh vĩ đại nhất trong thế kỷ XX của ngành Chấn thương chỉnh hình. Trải qua hơn 100 năm hình thành và phát triển, các kỹ thuật thay khớp cùng với các vật liệu, thiết kế của khớp háng nhân tạo ngày càng được cải tiến, phát minh để hoàn thiện hơn; giúp nâng cao rõ rệt hiệu quả điều trị.

Theo nghiên cứu của Wang (2018) cho thấy hiện nay trên thế giới, hầu hết các ca thay khớp sử dụng các đường mổ phía sau hoặc phía trước trực tiếp. Tuy nhiên, đường mổ phía sau với nhược điểm phải mở bao khớp sau và cắt điểm bám của khối cơ xoay ngoài ngăn khiến làm tăng nguy cơ trật khớp háng nhân tạo ra sau sau phẫu thuật. Còn đường mổ phía trước lại khó thực hiện hơn và có nguy cơ tổn thương thần kinh hoặc gây đau trên xương đùi trong mổ [1]. Để giải quyết các nhược điểm này đã có nhiều đường mổ khác vào khớp háng ra đời, một trong số đó là đường tiếp cận lồi trước-ngoài đi vào khớp qua khoảng gian cơ giữa cơ căng mạc đùi và cơ mông nhỏ. Từ năm 1935 Watson-Jones là những người đầu tiên sử dụng đường mổ này, sau đó nhiều phẫu thuật viên khác cũng áp dụng và ghi nhận những kết quả khả quan. Tuy nhiên đường mổ trước-ngoài cổ điển có nhược điểm phải cắt một phần điểm bám của cơ mông nhỏ và mông bé, khiến cho bệnh nhân sau phẫu thuật có dấu hiệu yếu khối cơ găng (dấu hiệu Trendelenburg). Năm 2004, Rottinger đã đề xuất ra phương pháp cải tiến đường mổ lồi trước-ngoài xâm lấn tối thiểu, không làm tổn thương khối cơ găng giúp giải quyết vấn đề này [2].

Từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 10 năm 2019, bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội đã áp dụng đường mổ thay khớp háng toàn phần lồi trước-ngoài Rottinger. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị ban đầu cũng như nhận xét những yếu tố liên quan tới phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân với 30 khớp háng được điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội từ tháng 6 năm 2018 tới tháng 10 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được thay khớp háng lần đầu với một trong các chẩn đoán:

- Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi độ III hoặc IV theo phân loại Arlet Ficat.

- Thoái hóa khớp háng nguyên phát giai đoạn 3, 4 theo phân loại của Kellgren

- Lawrence.

- Gãy mới cổ xương đùi độ III, IV theo phân loại Garden hoặc di chứng khớp giả, hoại tử chỏm sau gãy cổ xương đùi.

- Bệnh nhân chỉ bị bệnh lý ở 1 bên khớp còn khớp còn lại bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng khớp háng hoặc đầu trên xương đùi.

- Bệnh nhân có các bệnh lý về vận động khác vùng khớp háng và chi dưới, gây ảnh hưởng trực tiếp tới phẫu thuật và tập phục hồi chức năng.

- Bệnh nhân có tình trạng bệnh lý toàn thân và tại chỗ chống chỉ định với thay khớp háng hoặc không hợp tác điều trị.

Phương pháp nghiên cứu:

- Trước phẫu thuật tiến hành chụp Xquang và Cắt lớp vi tính vùng khung chậu. Đo đặc và đánh giá các chỉ số của khớp háng theo kỹ thuật được mô tả bởi Trần Trung Dũng và cs (2019) [3]. Từ các chỉ số này, dự kiến kích cỡ và vị trí đặt của các cấu phần khớp nhân tạo.

- Phương pháp vô cảm: 100% các ca phẫu thuật được tiến hành vô cảm bằng phương pháp gây tê tủy sống.

- Phương tiện phẫu thuật, bao gồm: bộ trợ cụ phẫu thuật thay khớp và khớp háng nhân tạo của hãng Zimmer – Biomet. Bộ Hohmann gấp góc 90° chuyên dụng cho đường mổ xâm lấn tối thiểu trước-ngoài.

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân được nằm nghiêng 90° về bên không phẫu thuật, lưng sát thành bàn mổ và được cố định bởi hệ thống gá chặn. Bàn mổ được tháo bỏ phần chân bàn tương ứng bên không phẫu thuật của bệnh nhân, đây cũng là vị trí đứng của phẫu thuật viên.

- Đường rạch da và bóc lộ ổ khớp: xác định 2 mốc giải phẫu có thể sờ được dưới da là gai chậu trước trên và gờ bám cơ rộng trong của mấu chuyển lớn. Tiến hành kẻ một đường thẳng nối 2 điểm này với nhau, chia làm 3 phần, gọi là đường định hướng. Sau khi rạch da, bóc tách

vào bao khớp trước thông qua vách gian cơ của cơ căng mạc đùi và cơ mông nhỏ. Mở bao khớp theo hình chữ H (có thể bảo tồn hoặc cắt bỏ một phần bao khớp trước), cắt cổ xương đùi theo 2 đường cắt (một đường cắt sát chỏm, một đường cắt ở nền cổ).



Hình 1. Tư thế và đường mổ bệnh nhân

- Tóm lược kỹ thuật mổ: sau khi lấy bỏ chỏm và bọc ổ cối, các bước roa ổ cối tương tự với các đường mổ thay khớp háng khác. Vị trí roa ổ cối và đặt cấu phần khớp nhân tạo dựa trên việc xác định các mốc giải phẫu là dây chằng ngang và các bờ của ổ cối. Đối với đóng chuỗi khớp nhân tạo, người phụ cần đưa chân phẫu thuật khép, duỗi và xoay trong hết cỡ, kết hợp với Hohmann để nâng đầu trên xương đùi vĩnh lên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max
Tuổi	54 ± 11,3	25	71
BMI	22,2 ± 2,1	17,6	26,1
Giới tính	Nam: 26 (86,7%)		Nữ: 4 (13,3%)
Chẩn đoán	Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi: 25 (83,3%)		Gãy cổ xương đùi: 5 (16,7%)
Bên khớp được thay	Phải: 11 (36,7%)		Trái: 19 (63,3%)

Kết quả điều trị ngay sau phẫu thuật:

Bảng 2. Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max
Chiều dài vết mổ (cm)	7,8 ± 0,9	7	10,2
Thời gian phẫu thuật (phút)	68,4 ± 8,2	60	90
Tổng lượng máu mất trong mổ (mL)	348,3 ± 50	300	450
Thời gian bắt đầu tập đi sau mổ (ngày)	2,1 ± 1	1	5
Số ngày nằm viện (ngày)	6,9 ± 1,1	5	9
Mức độ đau sau mổ (tính vào thời điểm ngày đầu tiên sau mổ – theo thang điểm VAS)	5,9 ± 0,7	5	7
Chênh lệch chiều dài giữa 2 chân (cm)	0,4 ± 0,3	0	1,5
Biến chứng trong mổ: có 4 ca vỡ mẫu chuyển lớn (13,3%)			

Bảng 3. Vị trí của cấu phần khớp nhân tạo

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max
Góc nghiêng ổ cối (độ)	46,2 ± 5,8	36,8	66
Góc ngả trước ổ cối (độ)	19,8 ± 5,3	12	35
Góc ngả trước của chuỗi khớp (độ)	15,3 ± 1,1	10	20
Trục của chuỗi khớp: trục trung gian 19 trường hợp (chiếm 63,3%), 33,3% là trục chếch trong và chỉ có 1 trường hợp trục chếch ngoài			

Sau đó, kỹ thuật rasp ống tủy và đóng chuỗi khớp nhân tạo được thực hiện tương tự các kỹ thuật mổ thay khớp háng khác.

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá lại vị trí của khớp nhân tạo trên phim Xquang và cắt lớp vi tính khung chậu.

Các chỉ số nghiên cứu:

- Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm chung như tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), chẩn đoán bệnh, bên phẫu thuật, biên độ vận động khớp và điểm Harris trước mổ. Các chỉ số sau mổ bao gồm thời gian nằm viện, ngày đầu tiên tập đi của bệnh nhân, mức độ đau sau mổ, biên độ vận động khớp và điểm Harris sau mổ ở tháng thứ 3. Ngoài ra, còn đánh giá các chỉ số về kích thước, vị trí của khớp nhân tạo.

- Các số liệu thu thập được trong nghiên cứu, được tiến hành thống kê, so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình dựa vào T-test, xác định các mối tương quan tuyến tính bằng phần mềm SPSS 23.0.

Kết quả điều trị sau 3 tháng:**Bảng 4. Kết quả điều trị sau 3 tháng**

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max	P
Tổng biên độ vận động trước mổ (độ)	168,9 ± 24	120	240	< 0,01
Tổng biên độ vận động sau mổ 3 tháng (độ)	265,2 ± 14,7	220	280	
Điểm chức năng khớp háng Harris trước mổ	50,7 ± 3,6	46	57	< 0,01
Điểm chức năng khớp háng Harris sau mổ	86,3 ± 2,8	80	90	
Không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm khuẩn, gãy xương quanh khớp nhân tạo. Có 1 trường hợp (chiếm 3,3%) trật khớp háng nhân tạo ra trước				
Có 3 bệnh nhân (chiếm 10%) có dấu hiệu Trendelenburg sau mổ				

IV. BÀN LUẬN**Về kết quả điều trị ngay sau phẫu thuật:**

Chiều dài vết mổ từ 7 đến 10,2cm, trung bình là 7,8cm, chiều dài này với kỹ thuật mổ được miêu tả của Rottinger là phù hợp để thực hiện phẫu thuật thay khớp háng. Với việc vào khớp qua khoảng gian cơ cùng với sự hỗ trợ của Hohmann vén chuyên dụng nên dù đường rạch da nhỏ vẫn đủ để quan sát rõ ràng phẫu trường, thực hiện được các thao tác nhưng không làm dập nát, tổn thương mép da và phần mềm quanh ổ khớp. Chiều dài vết mổ có liên quan chặt chẽ tới chỉ số BMI của bệnh nhân, trong các trường hợp bệnh nhân to béo hoặc cơ bắp phát triển để thao tác thuận lợi yêu cầu bắt buộc phải sử dụng đường mổ dài hơn [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình 68,4 phút (dao động từ 60 tới 90 phút) được coi là thời gian thuận lợi để thực hiện phẫu thuật thay khớp háng toàn phần và không có nhiều khác biệt với thời gian mổ sử dụng đường mổ lối sau như trong nghiên cứu của Lê Ngọc Hải (2012) là 71,2 phút [5]. Tuy nhiên, trong thời gian đầu triển khai thực hiện kỹ thuật này thời gian phẫu thuật thường kéo dài hơn, đồng thời lượng máu mất trong phẫu thuật cũng nhiều hơn. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là 348,3 mL, so với các nghiên cứu khác thì lượng máu mất này không nhiều hơn so với phẫu thuật sử dụng đường mổ lối sau [6]. Có được kết quả này bởi kỹ thuật mổ đường trước ngoài hạn chế tối đa việc cắt vào phần mềm quanh khớp, đồng thời trong mổ các mạch máu cũng được kiểm soát tốt. Trong nghiên cứu, lượng máu mất tương quan tuyến tính chặt chẽ với chiều dài vết mổ và thời gian phẫu thuật.

Bảng 5. Tương quan của một số yếu tố trong mổ

Mối liên quan	Yếu tố	Hệ số tương quan	P
BMI	Chiều dài vết mổ	0,398	0,015
	Thời gian	0,366	0,023

	phẫu thuật		
Lượng máu mất trong mổ	Chiều dài vết mổ	0,685	0,000
	Thời gian phẫu thuật	0,725	0,000

Một trong những khó khăn của phẫu thuật thay khớp háng lối trước-ngoài đó là kỹ thuật phẫu tích cần được thực hiện cẩn thận và thành thực, từ đó mới có thể sử dụng các dụng cụ vén bộc lộ phẫu trường rõ ràng cũng như thao tác được dễ dàng. Có 4 trường hợp có biến chứng vỡ mấu chuyển lớn trong mổ, nguyên nhân chính là do đặt Hohmann phía sau quá thô bạo trong thì đóng chuỗi khớp. Các trường hợp này được cố định lại mấu chuyển lớn bằng đinh kirschner và chỉ thép néo ép; đánh giá trên Xquang vào thời điểm 3 tháng sau mổ thấy 100% số trường hợp này có cal xương liền, không có sự khác biệt về kết quả điều trị của nhóm này với những bệnh nhân còn lại.

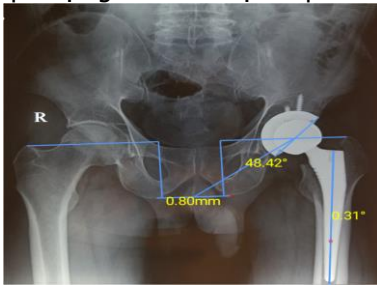
Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13 trường hợp ở giai đoạn sau của nghiên cứu được tiến hành cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ bao khớp phía trước-ngoài trong phẫu thuật. Kết quả điều trị (mức độ đau, biên độ vận động và chức năng khớp háng) của nhóm này không có sự khác biệt với nhóm bảo tồn bao khớp, tuy nhiên nhóm cắt bao khớp có thời gian phẫu thuật ngắn hơn và lượng máu mất trong mổ cũng ít hơn, tỷ lệ biến chứng trong mổ thấp hơn, đồng nghĩa với thao tác phẫu thuật ở nhóm này thuận lợi hơn.

Bảng 6. Môi trường quan của việc cắt bao khớp háng với các yếu tố trong mổ

Yếu tố	Giá trị trung bình		P
Thời gian phẫu thuật (phút)	Cắt bao khớp	63,4 ± 3,6	0,001
	Bảo tồn	72,3 ± 8,7	
Lượng máu mất trong mổ (mL)	Cắt bao khớp	311,5 ± 30	< 0,01
	Bảo tồn	376 ± 43,7	
Biến chứng trong mổ (4 trường hợp)	Cắt bao khớp	75%	< 0,01
	Bảo tồn	25%	

Về vị trí đặt của khớp nhân tạo trên phim Xquang và Cắt lớp vi tính sau mổ, có 80% số ca

có ổ cối được đặt ở vị trí nằm trong khoảng an toàn của Lewinnek (góc nghiêng ổ cối $40 \pm 10^\circ$ và góc ngả trước ổ cối $15 \pm 10^\circ$) [7]. Tương tự với ổ cối, chuỗi khớp cũng được đặt dựa trên các mốc giải phẫu của bệnh nhân, với góc ngả trước trung bình $15,3^\circ$ và $63,3\%$ trục chuỗi ở vị trí trung gian. Các kết quả này cho thấy kỹ thuật này hoàn toàn đảm bảo việc bộc lộ các mốc giải phẫu khớp háng rõ ràng, kết hợp với việc xác định trước vị trí đặt các cấu phần khớp đã giúp ích cho việc đặt khớp nhân tạo ở những vị trí mong muốn. Với những vị trí đặt khớp thuận lợi này sẽ giúp cải thiện biên độ vận động khớp sau mổ, giảm tỷ lệ biến chứng trật khớp, lỏng cấu phần khớp hoặc giảm tuổi thọ khớp sau này.



Hình 2. Xquang sau mổ và đo đạc các chỉ số của khớp háng

Về thời gian bắt đầu tập đi với khung tập đi, $33,3\%$ bệnh nhân trong nghiên cứu có thể tập đi từ ngày thứ nhất sau mổ (trung bình là vào ngày thứ 2); mức độ đau sau mổ ngày đầu tiên hậu phẫu 80% ở mức độ trung bình (trung bình 5,9 điểm theo VAS). Thời gian nằm viện trung bình là 6,9 ngày, tương tự với kết quả nghiên cứu của Siebert và cs. (2010) [4]. Đánh giá về sự chênh lệch chiều dài giữa 2 chân sau phẫu thuật, giá trị trung bình là 0,4cm, trong đó có $96,7\%$ số trường hợp có chênh lệch ≤ 1 cm tương ứng với kết quả nghiên cứu của Abid (2014) với tỷ lệ này là $91,7\%$. Đây là mức chênh lệch mà bệnh nhân có thể chấp nhận cũng như ít gây ảnh hưởng tới chức năng vận động cũng như chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau này [8].

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều đạt được tầm vận động cải thiện rõ rệt sau mổ, phục hồi chức năng thuận lợi và không cần sử dụng gối chữ A để phòng trật khớp như các trường hợp thay khớp lõi sau. Việc đi vào vách gian cơ trước, không cắt qua cơ giúp bệnh nhân bảo tồn chức năng của bao khớp sau và khối cơ xoay ngoài ngăn, thể hiện ở việc bệnh nhân có thể làm được động tác như ngồi xổm và ngồi khoanh chân ngay những ngày đầu sau phẫu thuật. Những kết quả trên là minh chứng cho hiệu quả của đường mổ xâm lấn tối thiểu, hạn

chế tổn thương đến các cấu trúc phần mềm quanh khớp, do đó giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục và sớm đạt được các chức năng vận động bình thường như trước mổ.



Hình 3. Sẹo mổ và tư thế bệnh nhân sau mổ thay khớp háng trái 1 tháng

Về biến chứng sau phẫu thuật, chỉ có 1 trường hợp trật khớp háng nhân tạo ra trước do tai nạn sinh hoạt tự ngã tại nhà vào ngày thứ 7 sau mổ. Sau đó đã được tiến hành gây mê, nắn trật thành không, cố định bằng nẹp chống xoay, bất động tại giường trong 3 tuần. Đánh giá các thời điểm về sau không thấy nguy cơ trật lại. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân biến chứng nhiễm khuẩn hoặc lỏng cấu phần khớp sau mổ.

Về kết quả điều trị sau 3 tháng: Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần được nhiều tác giả đồng tình là thời điểm bệnh nhân chuyển qua giai đoạn ổn định hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 tháng, biên độ vận động của khớp háng được cải thiện rõ rệt ở tất cả các tư thế, đặt biệt với các động tác gấp háng, gập và xoay ngoài. Sự cải thiện này giúp bệnh nhân có thể đi lại, lên xuống cầu thang, ngồi ghế thấp cũng như tham gia các hoạt động thường ngày một cách thoải mái.

Đánh giá về chức năng khớp háng, điểm Harris sau mổ cải thiện rõ rệt với 100% trường hợp có chức năng khớp háng thuộc nhóm tốt và rất tốt, giá trị trung bình là 86,3 (dao động từ 80 tới 90 điểm và có thể tiếp tục cải thiện ở những tháng tiếp theo). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jerosch (2006) với điểm Harris của bệnh nhân tăng từ 44 lên 90 sau phẫu thuật 1 năm [9]. Về chức năng của khối cơ gập khớp háng sau phẫu thuật, hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu phục hồi sức cơ gập về mức tương đồng với bên lành. Điều này đã cho thấy việc sử dụng đường mổ trước-ngoài Rottinger đã giúp bảo tồn chức năng của nhóm cơ gập háng. Chỉ có 2 trường hợp có dấu hiệu tổn thương, giảm cơ lực khối cơ hông nhỏ và hông bé (dấu hiệu Trendelenburg) và cả 2 trường hợp này đều là những trường hợp có biến chứng vỡ mấu chuyển lớn trong mổ. Có thể việc cố định lại

mẫu chuyển lớn đã làm tổn thương điểm bám của gân cơ hông nhỏ và hông bé [4].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng sử dụng đường mổ trước-ngoài Rottinger đem lại kết quả phục hồi tốt về chức năng và biên độ vận động khớp háng của bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng trật khớp háng sau mổ và tổn thương chức năng khối cơ chậu đối với đường mổ này ở mức thấp.

Tuy nhiên, đây là kỹ thuật mổ khó và cần thời gian thực hành lâu hơn các kỹ thuật thay khớp háng sử dụng đường mổ lồi sau. Phẫu thuật viên cần lưu ý việc phẫu tích khi bộc lộ ống tủy xương đùi trước khi đóng chuôi khớp vì nguy cơ biến chứng gãy mẫu chuyển lớn trong mổ. Ngoài ra, việc cắt bỏ một phần bao khớp trước giúp phẫu thuật diễn ra thuận tiện hơn mà không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhao Wang, Jing-zhao Hou, Can-hua Wu và cộng sự (2018). A systematic review and meta-analysis of direct anterior approach versus posterior approach in total hip arthroplasty. 13 (1), 229.
2. Kim C Bertin, Heinz Röttinger(2004). Anterolateral mini-incision hip replacement

- surgery: a modified Watson-Jones approach. J Clinical Orthopaedics, 429, 248-255.
3. Trần Trung Dũng và cộng sự (2019). The anatomical characteristics of Vietnamese adult hip joint: a multiplanar reconstruction computer tomographic study. Muscle Ligaments and Tendons Journal, 09, 165.
4. Joachim Pfeil và Werner E Siebert (2010). Minimally invasive surgery in total hip arthroplasty, Springer,
5. Trần Đình Chiến, Lê Ngọc Hải (2012). Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật ít xâm lấn lồi sau. Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt.
6. Malin S Carling, Anders Jeppsson và cộng sự (2015). Transfusions and blood loss in total hip and knee arthroplasty: a prospective observational study. Journal of orthopaedic surgery and research, 10 (1), 48.
7. George E Lewinnek, JL Lewis, RICHARD Tarr và cộng sự (1978). Dislocations after total hip-replacement arthroplasties. The Journal of bone and joint surgery. American volume, 60 (2), 217-220.
8. Hatim Abid, Mohammed Shimi, Abdelhalim El Ibrahimy và cộng sự (2014). The Total Hip Arthroplasty in Ankylosing Spondylitis. Open Journal of Orthopedics, 4 (05), 117.
9. Jörg Jerosch, Claus Theising, Mohie Eldin Fadel và cộng sự (2006). Antero-lateral minimal invasive (ALMI) approach for total hip arthroplasty technique and early results. J Archives of orthopaedic ,126 (3), 164-173.

THỰC TRẠNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN, TỈNH THÁI NGUYÊN

Lê Hoài Thu¹, Đào Thị Minh An², Nguyễn Việt Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 780 đối tượng người cao tuổi trên địa bàn thành phố Thái Nguyên. **Kết quả:** tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi là 42,2%; tỷ lệ nam giới bị tăng huyết áp là 45,1% cao hơn so với nữ giới là 39,5%; tỷ lệ bị tăng huyết áp tăng theo tuổi. Về phân độ tăng huyết áp thì độ 1 là 22,8%; độ 2 là 5,3% và độ 3 là 0,9%. Trong nhóm tăng huyết áp, tỷ lệ tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương chiếm cao nhất là 46,0%; sau đó đến tăng huyết áp tâm thu là 38,5% và tăng huyết áp tâm trương là 15,5%. Có mối liên quan giữa uống rượu, bia và bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: tăng huyết áp, người cao tuổi, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu.

SUMMARY

THE STATUS OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN THAI NGUYEN CITY, THAI NGUYEN PROVINCE

Objective: To describe the status of hypertension in the elderly people and related factors in Thai Nguyen city. **Methods:** A cross-sectional study conducted on 780 elderly people in Thai Nguyen city. **Results:** The rate of hypertension in the elderly was 42,2%; the proportion of men with hypertension was 45,1% higher than that of women was 39,5%; the rate of hypertension increased with age. The rate of hypertension at the stage 1 was 22,8%; at the stage 2 was 5,3% and at the stage 3 was 0,9%. In the group with hypertension, the rate of both systolic and diastolic blood pressure was highest (46,0%); then to systolic hypertension was 38,5% and diastolic hypertension was 15,5%. There was an association between drinking alcohol, beer and hypertension.

Keywords: hypertension, elderly, systolic blood pressure, diastolic blood pressure

¹Đại học Y – Dược – Đại học Thái Nguyên

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoài Thu

Email: lehoaitu.tump@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh thường gặp và đã trở thành mối quan tâm hàng đầu của ngành y học. Hiện nay tần suất bệnh tăng huyết áp vẫn không ngừng gia tăng không những trên thế giới mà ngay tại Việt Nam cũng vậy. Trên toàn cầu hiện có 1 tỷ người bị THA và dự kiến sẽ tăng lên 1,5 tỷ vào năm 2025. THA là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm với khoảng 10 triệu người chết năm 2015; trong đó có 4,9 triệu người do bệnh mạch vành và 3,5 triệu người do đột quỵ [1]. Hầu hết các nghiên cứu về THA ở người cao tuổi (NCT) ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ gần 50%, tức là khoảng một nửa số NCT mắc bệnh THA đang cần quản lý bệnh hằng ngày [2]. Mặc dù rất nguy hiểm nhưng các bệnh không lây nhiễm nói chung và THA nói riêng có thể được phòng chống hiệu quả thông qua kiểm soát các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực cùng với việc tăng cường năng lực hệ thống y tế để phát hiện sớm, quản lý điều trị và chăm sóc người bệnh [3].

Già hóa dân số đang là xu thế chính trong thế kỷ XXI và Việt Nam là một trong những nước có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới [2]. Già hóa dân số ở Việt Nam là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới gánh nặng bệnh tật. Do vậy, để bảo đảm cho NCT có thể sống lâu và sống khỏe đòi hỏi phải có những thay đổi của toàn bộ hệ thống cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Rất cần thiết có các nghiên cứu về sức khỏe trên đối tượng NCT nhằm cung cấp thêm các thông tin phục vụ cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT hiện nay nhất là các bệnh không lây nhiễm, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi (tuổi từ ≥ 60 tuổi tính đến tháng 12 năm 2019, tức là sinh từ năm 1959 trở về trước) đang sinh sống tại thành phố Thái Nguyên.

❖ *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người cao tuổi sống thường xuyên tại thành phố Thái Nguyên tối thiểu 1 năm.
- Đối tượng nghiên cứu tỉnh táo, có khả năng trả lời phỏng vấn.
- Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người cao tuổi vừa đến hoặc vừa đi khỏi khu vực thành phố Thái Nguyên.

- Người cao tuổi không tỉnh táo, không có khả năng trả lời phỏng vấn.

- Người bệnh đang nằm điều trị tại các cơ sở y tế.

- Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành từ năm 2019 đến năm 2020.

- Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại thành phố Thái Nguyên.

2.3 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

- + n là số người cao tuổi cần điều tra.

- + $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy = 1,96 với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$)

- + p: Ước tính tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi, chọn p = 0,565 (tỷ lệ bệnh tăng huyết áp ở NCT ở nghiên cứu trước [4]).

- + Chọn d = 0,05

Vì nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu chùm nên cỡ mẫu phải nhân thêm với hệ số thiết kế DE (DE = 2).

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra là 758 đối tượng. Trên thực tế điều tra được 780 đối tượng đủ tiêu chuẩn.

- **Chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu 30 chùm ngẫu nhiên. Liệt kê danh sách 32 phường/xã của thành phố Thái Nguyên tương ứng mỗi phường/xã là 1 chùm. Dùng bảng số ngẫu nhiên chọn ra chùm đầu tiên sau đó dùng hệ số k để chọn các chùm tiếp theo cho đến khi chọn đủ số chùm.

2.5 Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tỷ lệ NCT mắc bệnh THA theo giới tính, nhóm tuổi

- Phân độ THA hiện tại

- Loại THA hiện tại

- Mối liên quan giữa hút thuốc lá, uống rượu bia, chế độ ăn, hoạt động thể lực, thừa cân béo phì và THA.

2.6 Kỹ thuật thu thập số liệu. Phỏng vấn các đối tượng nghiên cứu theo phiếu phỏng vấn được thiết kế trước. Nghiên cứu có tham khảo bộ công cụ điều tra STEPS về các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của WHO. Đo huyết áp bằng máy đo huyết áp đồng hồ ALPK2 của Nhật Bản. Chỉ số huyết áp được đo 3 lần. Chỉ số huyết áp của đối tượng được tính trung bình của 3 lần đo.

2.7 Phương pháp xử lý số liệu

Nhập số liệu: số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, nhập 2 lần bằng 2 người nhập khác nhau nhằm tránh sai sót trong quá trình nhập số liệu.

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 21.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản: tính giá trị trung bình, tính tỷ lệ %, sử dụng test Khi bình phương (χ^2), tính OR.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1 Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi****Bảng 3. 1 Tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Có THA		Không THA		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
Giới tính: Nam	167	45,1	203	54,9	370	100,0	>0,05
Nữ	162	39,5	248	60,5	410	100,0	
Tổng	329	42,2	451	57,8	780	100,0	
Nhóm tuổi							
Từ 60 – 69 tuổi	203	36,3	356	63,7	559	100,0	<0,001
Từ 70 – 79 tuổi	94	59,5	64	40,5	158	100,0	
≥ 80 tuổi	32	50,8	31	49,2	63	100,0	
Tổng	329	42,2	451	57,8	780	100,0	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi bị tăng huyết áp chiếm 42,2% còn lại 57,8% không bị tăng huyết áp. Trong đó, nam giới bị tăng huyết áp là 45,1% cao hơn so với nữ giới là 39,5%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nhóm tuổi có tỷ lệ bị tăng huyết áp cao nhất là nhóm 70 – 79 tuổi (59,5%), sau đó đến nhóm trên 80 tuổi (50,8%), tỷ lệ ở nhóm 60 – 69 tuổi là 36,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 2 Phân độ tăng huyết áp hiện tại ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phân độ tăng huyết áp		
Huyết áp bình thường	367	47,0
Tiền tăng huyết áp	187	24,0
Tăng huyết áp độ 1	178	22,8
Tăng huyết áp độ 2	41	5,3
Tăng huyết áp độ 3	7	0,9
Loại tăng huyết áp		
Tăng huyết áp tâm thu	87	38,5
Tăng huyết áp tâm trương	35	15,5
Tăng huyết áp tâm thu và tâm trương	104	46,0

Nhận xét: Về phân độ tăng huyết áp tại thời điểm nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có huyết áp bình thường là cao nhất (47%), tiếp đến là tiền tăng huyết áp chiếm 24%, tăng huyết áp độ 1 chiếm 22,8%; độ 2 chiếm 5,3% và thấp nhất là độ 3 chiếm 0,9%.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị tăng huyết áp cả tâm thu và tâm trương chiếm cao nhất 46,0%; sau đó đến tăng huyết áp tâm thu là 38,5% và tăng huyết áp tâm trương là 15,5%.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi**Bảng 3. 3 Mối liên quan giữa hút thuốc lá và bệnh tăng huyết áp**

Hút thuốc lá	Có THA		Không THA		OR 95% CI	p
	n	%	n	%		
Có	41	44,6	51	55,4	1,12 0,72 – 1,73	>0,05
Không	288	41,9	400	58,1		

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy, những người hút thuốc lá có nguy cơ bị THA cao gấp 1,12 lần những người không hút thuốc lá, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. 4 Mối liên quan giữa mức độ uống rượu, bia và bệnh tăng huyết áp

Mức độ uống rượu bia	Có THA		Không THA		OR 95% CI	p
	n	%	N	%		
Uống rượu bia quá mức khuyến cáo						
Có	38	53,5	33	46,5	1,65 1,01 – 2,70	<0,05
Không	291	41,0	418	59,0		

Uống rượu bia ở mức nguy hại					
Có	35	53,8	30	46,2	1,67
Không	294	41,1	421	58,9	1,00 – 2,78
					<0,05

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, có mối liên quan đến mức độ uống rượu, bia và bệnh tăng huyết áp. Cụ thể: đối tượng uống rượu bia quá mức khuyến cáo có nguy cơ bị THA cao gấp 1,65 lần so với không uống ($p < 0,05$), đối tượng uống rượu bia ở mức nguy hại có nguy cơ bị THA cao gấp 1,67 lần so với không uống ($p < 0,05$).

Bảng 3.5 Mối liên quan giữa chế độ ăn thiếu rau/trái cây và bệnh tăng huyết áp

Chế độ ăn rau/trái cây	Có THA		Không THA		OR 95% CI	p
	n	%	n	%		
Thiếu	272	41,6	382	58,4	0,86	>0,05
Đủ	57	45,2	69	54,8	0,59 – 1,27	

Nhận xét: Qua bảng trên có thể thấy chưa có mối liên quan rõ ràng giữa chế độ ăn rau/trái cây và bệnh THA.

Bảng 3.6 Mối liên quan giữa hoạt động thể lực và bệnh tăng huyết áp

Hoạt động thể lực	Có THA		Không THA		OR 95% CI	p
	n	%	n	%		
Không đạt	90	45,7	107	54,3	1,21	>0,05
Đạt	239	41,0	344	59,0	0,87 – 1,68	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng không đạt hoạt động thể lực có nguy cơ bị THA cao hơn 1,21 lần so với nhóm đạt, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7 Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và bệnh tăng huyết áp

Thừa cân, béo phì	Có THA		Không THA		OR 95% CI	p
	n	%	n	%		
Có	56	50,5	55	49,5	1,48	>0,05
Không	273	40,8	396	59,2	0,99 – 2,21	

Nhận xét: Bảng trên cho thấy đối tượng thừa cân, béo phì có nguy cơ bị THA lớn hơn 1,48 lần so với không bị thừa cân/béo phì, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 780 đối tượng người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên. Trong nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng được phỏng vấn và đo huyết áp 3 lần, trị số huyết áp của đối tượng được tính là trung bình của các lần đo. Kết quả thu được tỷ lệ bị tăng huyết áp của đối tượng là 42,2%. Tỷ lệ này cũng khá cao tuy nhiên thấp hơn so với một số kết quả nghiên cứu về bệnh THA ở cùng đối tượng người cao tuổi như nghiên cứu tại thành phố Mỹ Tho tỉnh Tiền Giang (2013) là 56,5% [4]; tác giả Hoàng Thị Thúy Hà và cộng sự tại tỉnh Sơn La (2014) cho kết quả là 50,2% [5]. Trong cuộc "Điều tra quốc gia về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015" tỷ lệ bị tăng huyết áp trong nhóm 60 – 69 tuổi là 46,6% [6] cũng cao hơn kết quả của chúng tôi. Trên thế giới một số nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của tác giả Lin H và cộng sự tại Thượng Hải, Trung Quốc năm 2017 trong nhóm 60-69 tuổi (nhóm 60-64 tuổi là 56%, nhóm 65-69 tuổi là 66,7%) [7]. Điều này có thể được lý giải do sự khác nhau về địa bàn nghiên cứu ở các vùng địa lý, kinh tế, xã hội khác nhau và quy mô nghiên cứu cũng khác

nhau dẫn đến có sự khác biệt này.

Về sự phân bố bệnh THA theo giới tính, có thể thấy xu hướng mắc bệnh ở nam giới cao hơn nữ giới. Và qua các nghiên cứu về bệnh THA cũng có thể thấy cho kết quả tương tự như nghiên cứu tại huyện Khoái Châu và thị xã Hưng Yên (2009) cho thấy tỷ lệ là 28,4% và 24,5% [8]; nghiên cứu tại thành phố Mỹ Tho (2013) và tỉnh Hải Dương (2018) cũng cho kết quả tương tự [4] [9]. Nghiên cứu tại Thượng Hải, Trung Quốc năm 2017 cũng cho kết quả nhóm nam 60-64 tuổi bị THA là 60,4% cao hơn nhóm nữ là 52,5% [7]. Điều này là hoàn toàn phù hợp với thực tế khi mà nam giới có những yếu tố nguy cơ của bệnh THA cao hơn nữ giới như hút thuốc lá, uống rượu bia... Về phân bố bệnh theo nhóm tuổi có thể nhận thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng lớn, cụ thể kết quả nghiên cứu chúng tôi chỉ ra tỷ lệ bị THA giảm dần theo các nhóm tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu tại thành phố Mỹ Tho nhóm tuổi 60 – 69 mắc tăng huyết áp là 21,5%, nhóm tuổi 70 – 79 là 23,5% [4]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Thúy Hà và cộng sự tại Sơn La năm 2014 cũng cho kết quả tương tự [5]. Có thể thấy tuổi càng cao thì sức khỏe của con người sẽ càng suy

giảm do chức năng của các cơ quan không còn khỏe mạnh và sức đề kháng sẽ càng ngày càng yếu dần, vì vậy có thể sự gia tăng của các bệnh trong đó có bệnh THA sẽ song hành cùng với độ tuổi ngày một lớn hơn.

Về phân độ THA hiện tại giảm dần từ độ 1 đến độ 3. Phân độ THA theo giới tính cũng cho xu hướng tương tự. Các nghiên cứu tại Sơn La của tác giả Hoàng Thị Thúy Hà (2014), tác giả Nguyễn Kim Kế, Hoàng Khải Lập, Đỗ Doãn Lợi nghiên cứu tại Hưng Yên (2009) và Trần Thị Thúy Liễu tại thành phố Hà Nội (2009) cũng cho kết quả tương tự [5] [8]. Cùng với sự tiến bộ của ngành y tế nói chung và sự thành công của chương trình y tế quốc gia về phòng chống bệnh THA mà công tác chẩn đoán và điều trị bệnh THA đã tốt hơn. Cùng với đó là ý thức phòng và điều trị bệnh của người dân ngày càng được nâng cao. Do vậy mà những người mắc THA thường ở mức độ nhẹ và THA ở các mức độ nặng giảm dần.

Khi tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến bệnh THA ở đối tượng người cao tuổi, nghiên cứu của chúng tôi cũng đã tìm ra một số yếu tố liên quan. Tuy nhiên mối liên quan ở đây chưa thực sự được thể hiện rõ ràng, có thể do đối tượng của nghiên cứu là người cao tuổi một số yếu tố liên quan đến bệnh như hành vi lối sống đã có sự thay đổi nhiều so với thời điểm trước đặc biệt là thời điểm trước khi phát hiện bệnh. Một số yếu tố đã giảm hay thay đổi có thể do được sự tư vấn của nhân viên y tế để phòng và giảm sự phát triển của bệnh hay cũng có thể do tuổi càng cao chế độ sinh hoạt càng thay đổi như hút thuốc lá, uống rượu, bia...

Uống rượu, bia là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh THA. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan đến mức độ uống rượu, bia và bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ đối tượng có uống rượu, bia quá mức khuyến cáo bị THA là 53,5% (cao gấp 1,65 lần so với không uống); đối tượng uống rượu, bia ở mức nguy hại bị THA là 53,8% (cao gấp 1,67 lần so với không sử dụng). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trên cùng đối tượng như của tác giả Tạ Văn Trâm và Phạm Thế Hiền [4], nghiên cứu của Trần Thúy Liễu tại TP Hà Nội. Nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi Việt Nam năm 2015 cũng cho kết quả tương tự [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có mối liên quan giữa hút thuốc lá, hoạt động thể lực và thừa cân, béo phì và bệnh THA, tuy chưa thật sự có mối liên quan chặt chẽ những tỷ lệ các yếu tố nguy cơ ở người bị bệnh vẫn còn khá cao. Do

vậy vẫn cần thiết có những biện pháp nhằm tuyên truyền giáo dục sức khỏe nhằm thay đổi hành vi nguy cơ, dự phòng và giảm thiểu bệnh tật trên đối tượng người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người cao tuổi bị THA là 42,2%; trong đó tỷ lệ ở nam giới cao hơn nữ giới (45,1% và 39,5%). Tỷ lệ mắc THA tăng theo nhóm tuổi.

- Tỷ lệ huyết áp bình thường là 47%; 24% tiền THA; 22,8% THA độ 1; 5,3% THA độ 2 và 0,9% THA độ 3. Có 46% đối tượng bị THA cả tâm trương và tâm thu, tỷ lệ THA tâm thu là 38,5% và THA tâm trương là 15,5%.

- Có mối liên quan giữa uống rượu, bia và THA.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về điều trị và dự phòng bệnh tăng huyết áp. Khuyến khích đối tượng người cao tuổi đến các cơ sở y tế kiểm tra huyết áp định kỳ phát hiện các giai đoạn sớm của bệnh tăng huyết áp để điều trị và dự phòng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2018).** Khuyến cáo và chẩn đoán điều trị tăng huyết áp 2018, Hà Nội.
- Bộ Y tế (2018).** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016: Hướng tới mục tiêu gia hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- Bộ Y tế (2015).** Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 - 2025, Hà Nội.
- Tạ Văn Trâm và Phạm Thế Hiền (2017).** Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho tỉnh Tiền Giang năm 2013. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 453, số 2, tháng 4 năm 2017, tr. 82-85.
- Hoàng Thị Thúy Hà, Lê Anh Tuấn và cộng sự (2015).** Thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại tỉnh Sơn La năm 2014. Tạp chí Y học thực hành, tập 979, số 10/2015, tr. 79-82.
- Nguyễn Thanh Lương (2017).** Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015, khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Đại học Y Hà Nội.
- H. Lin, Q. Li, Y. Hu và cộng sự (2017).** The prevalence of multiple non-communicable diseases among middle-aged and elderly people: the Shanghai Changfeng Study. Eur J Epidemiol, 32(2), tr. 159-163.
- Nguyễn Kim Kế, Hoàng Khải Lập và Đỗ Doãn Lợi (2011).** Xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi huyện Khoái Châu và thị xã Hưng Yên tỉnh Hưng Yên năm 2009. Tạp chí Y học thực hành, tập 748, số 1/2011, tr. 26-28.
- Lê Văn Thâm và Nguyễn Thị Thu Hiền (2018).** Thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thôn Mỹ Động xã Hiền Thành huyện Kinh Môn tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 464, tháng 3 số 1 năm 2018, tr. 93-97.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỆ SINH BÀN TAY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA NGÔ QUYỀN HẢI PHÒNG NĂM 2019

Phạm Minh Khuê¹, Hoàng Đức Hạ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vệ sinh bàn tay (VSBT) là một trong những pháp pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). Nghiên cứu này nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành VSBT của nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa Ngô Quyền Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện bao gồm những nhân viên y tế (NVYT) tại các khoa phòng thuộc Bệnh viện đa khoa Ngô Quyền Hải Phòng (Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh trực tiếp tiếp xúc, điều trị, chăm sóc bệnh nhân), tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, trong thời gian từ ngày 01/10/2018 đến 01/09/2019. Khảo sát kiến thức và quan sát thực hành VSBT của đối tượng nghiên cứu, tìm hiểu một số yếu tố liên quan, thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 10.0. **Kết quả nghiên cứu:** không có sự khác biệt giữa giới nam và nữ về kiến thức VSBT ($p > 0,05$), nhưng có sự khác biệt trong thực hành VSBT, nữ giới có tỷ lệ đạt cao hơn so với nam giới (với $p < 0,05$). Có mối liên quan giữa được tập huấn và kiến thức về VSBT, những NVYT chưa được tập huấn có tỷ lệ không đạt cao gấp 3,1 lần so với NVYT được tập huấn ($OR = 3,1$, 95% CI, $p = 0,045$). NVYT có tỷ lệ đạt về kiến thức có tỷ lệ tuân thủ về thực hành VSBT là 58,6%, trong khi tỷ lệ này ở NVYT không đạt về kiến thức là 36,6% (với $OR = 2,45$, 95% CI, $p = 0,01$). **Kết luận:** Kiến thức liên quan đến thực hành của NVYT về VSBT, những NVYT có kiến thức cao có tỷ lệ đạt về thực hành VSBT cao và ngược lại, cho thấy tầm quan trọng của việc tổ chức các lớp tập huấn cho NVYT nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng thực hành trong VSBT cho NVYT, giảm thiểu nguy cơ NKBV trong các cơ sở y tế.

Từ khóa: vệ sinh bàn tay, nhiễm khuẩn bệnh viện, kiến thức, thực hành

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE OF HAND HYGIENE AND SOME RELATED FACTORS OF HEALTH CARE WORKERS IN NGO QUYEN HAI PHONG GENERAL HOSPITAL

Introduction: Hand hygiene is one of the simplest and most effective measures to prevent hospital infections. This research aimed to describe some factors related to hand hygiene knowledge and practice of health care workers in Ngo Quyen Hai

Phong General Hospital. **Subjects and Methods:** cross-sectional descriptive study and sampling method including medical staff at the departments of Ngo Quyen Hai Phong General Hospital (Doctors, nurses, technicians, midwives with direct contact, treatment and patient care), voluntarily agree to participate in the study, from October 1, 2018 to September 1, 2019. Surveying knowledge and observing the hand hygiene practice of research subjects, evaluating some related factors. Data was collected and processed by using Stata 10.0 software. **Results:** There was no difference between men and women in hand hygiene knowledge ($p > 0.05$), but there was a difference in the practice of hand hygiene, women have a higher rate than men (with $p < 0.05$). There was a relationship between being trained and knowledge about hand hygiene, the health care workers, who had not been trained, had the rate of wrong knowledge with 3.1 times higher than the trained health care workers ($OR = 3.1$, 95% CI, $p = 0.045$). The health care workers with good knowledge had the rate of good practice of 58.6%, while this rate in health care workers with limited knowledge was 36.6% (with $OR = 2.45$, 95% CI, $p = 0.01$). **Conclusion:** Knowledge related to practice of health care workers in hand hygiene, highly knowledgeable health care workers has a high percentage of hand hygiene practice and vice versa, showing the importance of organizing training courses for health care workers to equip them with knowledge and practical skills in hand hygiene, minimizing the risk of hospital infection prevention in health facilities.

Key words: hand hygiene, hospital infections, knowledge, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, với sự xuất hiện của một số bệnh truyền nhiễm gây dịch nguy hiểm (SARS, cúm A, H5N1), công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) càng được các bệnh viện quan tâm. NKBV gây lên nhiều hậu quả như đối với người bệnh như tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, ngày điều trị, chi phí điều trị và tăng sự kháng thuốc của vi sinh vật [5]. Có nhiều phương pháp để phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, trong đó vệ sinh bàn tay (VSBT) từ lâu đã được coi là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất [1]. Tuy nhiên, việc VSBT đúng cách, đủ thời gian, đạt hiệu quả cao thì vẫn còn là một thách thức. Ngoài việc bệnh viện trang bị đầy đủ phương tiện, hóa chất vệ sinh tay tốt, hiệu quả của VSBT còn phụ thuộc vào kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT. Do vậy, việc đánh giá thường xuyên kiến thức, thực hành vệ

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khuê

Email: pmkhue@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

sinh bàn tay và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ VSBT là việc làm cần thiết nhằm từ đó nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) bệnh viện. Bệnh viện Đa khoa Ngô Quyền Hải Phòng là bệnh viện hạng II với quy mô khoảng 300 giường bệnh, trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện là một hoạt động rất được quan tâm. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành VSBT của nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa Ngô Quyền Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những NVYT trực tiếp tham gia chăm sóc, tiếp xúc với bệnh nhân tại các khoa phòng thuộc Bệnh viện đa khoa Ngô Quyền Hải Phòng (Bác sĩ, điều dưỡng,

kỹ thuật viên, nữ hộ sinh trực tiếp tiếp xúc, điều trị, chăm sóc bệnh nhân), tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, trong thời gian từ ngày 01/10/2018 đến 01/09/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, được tổng số 140 NVYT. Khảo sát kiến thức và quan sát thực hành VSBT của đối tượng nghiên cứu, tìm hiểu một số yếu tố liên quan về đặc điểm chung: tuổi, giới, kinh nghiệm làm việc, trình độ chuyên môn với kiến thức, thực hành đúng của bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh về VSBT.

Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa giới, thâm niên công tác của NVYT và kiến thức về VSBT

Giới, Thâm niên công tác		Kiến thức	Đúng N (%)	Sai N (%)	Tổng	OR (CI 95%) p
Giới	Nam		12 (37,5)	20 (62,5)	32	0,65 (0,288 – 1,451) p = 0,195
	Nữ		52 (48,1)	56 (51,9)	108	
Thâm niên công tác	< 5 năm		4 (25,0)	12 (75,0)	16	0,005
	5 – 10 năm		15 (28,3)	38 (71,7)	53	
	11 – 15 năm		19 (63,3)	11 (36,7)	30	
	16 – 20 năm		20 (62,5)	12 (37,5)	32	
	>20 năm		6 (66,7)	3 (33,3)	9	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa giới và kiến thức VSBT với $p > 0,05$, nhưng có sự khác biệt giữa các nhóm có thâm niên công tác khác nhau về kiến thức VSBT với mức ý nghĩa $p < 0,01$.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa giới, thâm niên công tác của NVYT và thực hành về VSBT

Giới, Thâm niên công tác		Thực hành	Đạt N (%)	Không đạt N (%)	Tổng	OR (CI 95%) p
Giới	Nam		40 (38,1)	65 (61,9)	105	0,63 (0,405 – 0,99) p = 0,04
	Nữ		170 (49,3)	175 (50,7)	345	
Thâm niên công tác	< 5 năm		10 (22,2)	35 (77,8)	45	<0,01
	5 – 10 năm		57 (33,3)	114 (66,7)	171	
	11 – 15 năm		58 (60,4)	38 (39,6)	96	
	16 – 20 năm		65 (61,3)	41 (38,7)	106	
	>20 năm		21 (65,6)	11 (34,4)	32	

Nhận xét: Có mối liên quan yếu giữa giới và kiến thức VSBT với $p < 0,05$, nhưng có sự khác biệt giữa các nhóm có thâm niên công tác khác nhau về thực hành VSBT với mức ý nghĩa $p < 0,01$.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa trình độ chuyên môn và kiến thức về VSBT

Trình độ chuyên môn	Kiến thức, Thực hành		p	Thực hành		p
	Đúng	Sai		Đúng	Sai	
Bác sĩ	16 (55,2)	13 (44,8)	0,516	58 (44,6)	62 (54,4)	0,325
Điều dưỡng	40 (45,4)	48 (54,6)		130 (49,2)	134 (51,8)	
Nữ hộ sinh	5 (38,5)	8 (61,5)		17 (35,4)	31 (64,5)	
Kỹ thuật viên	3 (30,0)	7 (70,0)		3 (37,5)	5 (62,5)	
Tổng	64 (45,7)	76 (54,3)		208 (46,2)	242 (53,8)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa trình độ chuyên môn và kiến thức VSBT với $p > 0,05$

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tập huấn và kiến thức về VSBT

Kiến thức Tập huấn	Đạt N (tỷ lệ %)	Không đạt N (tỷ lệ %)	Tổng	OR (CI 95%) p
Được tập huấn	60 (48,8)	63 (51,2)	123	3,1(0,956 – 10,024) p = 0,045
Chưa được tập huấn	4 (23,5)	13 (76,5)	17	
Tổng	64 (45,7)	76 (54,3)	140 (100)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa được tập huấn và kiến thức về VSBT, những NVYT chưa được tập huấn có tỷ lệ không đạt cao gấp 3,1 lần so với NVYT được tập huấn, với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về VSBT

Kiến thức Thực hành	Đạt N (tỷ lệ %)	Không đạt N (tỷ lệ %)	Tổng	OR (CI 95%) p
Tuân thủ	34 (58,6)	24 (41,4)	58 (41,4)	2,45 (1,23 – 4,89) p = 0,01
Không tuân thủ	30 (36,6)	52 (63,4)	82 (58,6)	
Tổng	64 (45,7)	76 (54,3)	140 (100)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành của NVYT về vệ sinh bàn tay, người có kiến thức đạt có tỷ lệ tuân thủ về VSBT cao hơn với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến công tác VSBT của NVYT giúp chúng ta có cái nhìn toàn diện hơn nhằm xây dựng kế hoạch tốt để cải thiện vấn đề tuân thủ VSBT của NVYT trong bệnh viện. Khi đánh giá mối liên quan với giới tính của NVYT, cho thấy không có sự khác biệt giữa giới nam và nữ về kiến thức VSBT ($p > 0,05$), nhưng có sự khác biệt trong thực hành VSBT, nữ giới có tỷ lệ đạt cao hơn so với nam giới (với $p < 0,05$), tương tự như nghiên cứu của Hoàng Thị Xuân Hương tại Bệnh viện Đồng Đa Hà Nội [2] và Khaled tại Ai Cập [7]. Đánh giá về hiệu quả của các lớp tập huấn cho thấy, NVYT được tập huấn thì tỷ lệ đạt là 48,8%, còn chưa được tập huấn thì tỷ lệ không đạt đến 76,5%, cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) giữa nhóm được tập huấn và chưa được tập huấn về VSBT. Như vậy, việc tổ chức các buổi giảng dạy kiến thức, hướng dẫn thực hành VSBT cho NVYT, đặc biệt là nam giới, là vô cùng quan trọng, thúc đẩy tăng tỷ lệ đạt trong VSBT tại Bệnh viện Ngô Quyền Hải Phòng. Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu trước đó của Nguyễn Việt Hùng và cộng sự [4]. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy việc đào tạo, tập huấn thường xuyên có tác dụng nâng cao kiến thức của NVYT về VSBT. Do vậy, việc tổ chức công tác giáo dục, đào tạo, tập huấn kiến thức cơ bản về KSNK và VSBT thường quy là rất cần thiết. Nội dung được khuyến cáo bao gồm: tầm quan trọng của vệ sinh bàn tay, mức độ lây truyền vi sinh vật từ bàn tay, mối liên quan giữa vệ sinh bàn tay và nhiễm khuẩn bệnh viện, chỉ định thời điểm vệ sinh tay, hóa chất vệ sinh tay, hình thức vệ sinh tay thích hợp, quy trình và kỹ thuật vệ sinh tay đúng. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Xuân Hương, tỉ lệ NVYT có kiến thức

đạt về VSBT tăng lên một cách có ý nghĩa từ 59.5% (trước tập huấn) lên 82.5% (sau tập huấn), và tỉ lệ tuân thủ VSBT tại bệnh viện tăng từ 53.1% (trước tập huấn) lên 60.4% (sau tập huấn) [2].

Khi so sánh giữa các nhóm NVYT có chức danh nghề nghiệp khác nhau về VSBT không thấy sự khác biệt về kiến thức và thực hành VSBT ($p > 0,05$), tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng và cộng sự [4] và Hoàng Thị Xuân Hương [2], nhưng có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Nam Thắng tại bệnh viện đa khoa Tiền Hải chỉ ra các yếu tố cá nhân, trình độ học vấn của NVYT là yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức về VSBT. NVYT có trình độ học vấn cao hơn thì kiến thức về vệ sinh tay tốt hơn NVYT có trình độ học vấn thấp hơn [3]. Tuy nhiên, khi so sánh giữa các nhóm có thâm niên công tác cách biệt nhau 5 năm, cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa (với $p < 0,01$) giữa các nhóm. Nhóm có thâm niên công tác nhiều có tỷ lệ đạt cao hơn nhóm có thâm niên công tác ít, cho thấy kinh nghiệm làm việc, thời gian công tác cũng là yếu tố liên quan đến VSBT. Bảng 3.5 cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành của NVYT về vệ sinh bàn tay (với OR = 2,45, $p < 0,05$). NVYT có kiến thức cao hơn thì tỷ lệ thực hành đạt về VSBT cũng cao hơn, người có kiến thức không đạt có tỷ lệ tuân thủ về thực hành VSBT thấp hơn. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tuân thủ thực hành VSBT chỉ được 41,4%. Theo nghiên cứu của WHO thực hiện tại 327 cơ sở y tế tham gia chiến dịch vệ sinh bàn tay bảo vệ sự tại 47 quốc gia cho thấy tỷ lệ tuân thủ VSBT của NVYT trước khi chạm vào bệnh nhân chỉ đạt 51.4% [6]. Nhiễm khuẩn bệnh viện đang là vấn đề được quan tâm hàng đầu của các cơ sở y tế cũng như

của các cấp quản lý y tế tại Việt Nam. Nhiễm khuẩn bệnh viện phản ánh chất lượng khám và điều trị tại cơ sở y tế và kiểm soát được nhiễm khuẩn bệnh viện đem lại lợi ích kinh tế cho bệnh nhân, giảm được chi phí và số ngày điều trị. Kiến thức của NVYT về kiểm soát nhiễm khuẩn, trong đó kiến thức về VSBT có ảnh hưởng rõ rệt đến thực hành trong chăm sóc bệnh nhân. NVYT có kiến thức đúng và hiểu rõ tầm quan trọng của vệ sinh bàn tay và các biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn trong bệnh viện sẽ thực hành tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới, trình độ chuyên môn với kiến thức và thực hành VSBT. Có sự khác biệt giữa các nhóm có thâm niên công tác khác nhau về kiến thức và thực hành VSBT. Những NVYT có thâm niên công tác cao, cũng có kiến thức và tỷ lệ thực hành đạt cao hơn. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành của NVYT về VSBT, những NVYT có kiến thức cao có tỷ lệ đạt về thực hành VSBT cao và ngược lại, cho thấy tầm quan trọng của việc tổ chức các lớp tập huấn cho NVYT nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng thực hành trong VSBT cho NVYT, giảm thiểu nguy cơ NKBV trong các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. (2007). Hướng dẫn thực hiện quy trình

- rửa tay thường quy và sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch chứa cồn. Quyết định số: 7517/ BYT-ĐTTr ngày 12 tháng 10 năm 2007.
2. Hoàng Thị Xuân Hương (2011). Đánh giá kiến thức, thái độ và tỉ lệ vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Đống Đa – Hà Nội trước và sau khi triển khai dự án “Tăng cường vệ sinh bệnh viện năm 2010 - 2011. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường ĐH Y tế công cộng, Hà Nội
3. Nguyễn Nam Thắng, Lê Đức Cường (2017). Kiến thức về rửa tay thường quy của Điều dưỡng tại hai bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải, Thái Bình năm 2017. Tạp chí Y học dự phòng. Tập 27, số 6 2017 Phụ bản
4. Nguyễn Việt Hùng và Cộng sự (2005). Thực trạng phương tiện vệ sinh tay thường quy, nhận thức và thực hành vệ sinh tay thường quy của Nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía bắc. Tạp chí y học lâm sàng bệnh viện Bạch mai, 136-141.
5. Vũ Văn Giang, Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2005). Đánh giá hiệu quả phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện của thực hành vệ sinh bàn tay ở 3 bệnh viện tuyến tỉnh năm 2005. Tạp chí y học lâm sàng bệnh viện Bạch Mai. 06/2008, tr. 174-178.
6. B. Allerganzi and H.Sax et al. (2011). First global survey on hand-hygiene compliance before patient contact - Results from 47 countries, Presented at the 21 European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Italy.
7. Khaled M andà Abd Elaziz et al (2008). Assessment of knowledge, attitude and practice of hand washing among health care workers in Ain Shams University hospitals in Cairo. The Egyptian Journal of Community Medicine. 26(2), pp. 36-48.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Duy Luật*, Nguyễn Duy Bắc**, Vũ Văn Hòe**,
Nguyễn Văn Hưng***, Nguyễn Minh Tâm**

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn bệnh nhân bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) do chấn thương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đối tượng và phương pháp: Đối tượng nghiên cứu là 30 bệnh nhân được khám và chẩn đoán có tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương bởi các bác sỹ lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh và được điều trị ở Bệnh viện Trung ương

Quân đội 108 từ tháng 08 năm 2013 đến tháng 11 năm 2015. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu. Kết quả: 100% số bệnh nhân được điều trị nội khoa, 43,3% kết hợp với vật lý trị liệu, 3% kết hợp với châm cứu. Ở nhóm 11 bệnh nhân liệt hoàn toàn, 3 bệnh nhân có chức năng duỗi, khép, ngửa được chuyển từ mức M0 sang mức M1. Ở nhóm 19 bệnh nhân bị liệt không hoàn toàn, đa số sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ được cải thiện, đặc biệt là cơ dưới gai. Kết quả khảo sát vận động, cảm giác được cải thiện hơn so với trước điều trị. Kết luận: Điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương đem lại những cải thiện về vận động và cảm giác cho bệnh nhân, là phương pháp nên được lựa chọn trong các trường hợp chưa đủ điều kiện phẫu thuật hoặc kết hợp trước và sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương, điều trị bảo tồn

*Bệnh viện Châm cứu Trung ương

** Học viện Quân y

***Bệnh viện Chính hình-Phục hồi chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: nguyenduybac76@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

SUMMARY**THE RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT FOR TRAUMATIC BRACHIAL PLEXUS INJURIES**

Objectives: To evaluate the results conservative treatment for traumatic brachial plexus injuries at 108 Military Central Hospital. **Objects and methods:** 30 patients examined and diagnosed traumatic brachial plexus injury by clinical doctor and MRI. The patients were treated at 108 Military Central Hospital from August, 2013 to November, 2015. The study method was cross-sectional, prospective. **Results:** 100% of the patients underwent conservative treatment, 43.3% of the patients underwent physical therapy, 3.0% of the patients underwent acupuncture. In 11 complete paralysis patient group, there were 3 patients with extension, adduction, supination function change from M0 level to M1 level. In 19 uncomplete paralysis patient group, most muscle strength according to the dominant function of each muscle was improved, especial infraspinatus. Motor and sensory function of muscles are improved. Conclusion: Conservative treatment for traumatic brachial plexus injuries helped patients improving motor and sensory function. This method should be chosen in cases which are not eligible surgery or should be chosen before and after surgery.

Key words: Traumatic brachial plexus injury, conservative treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) xảy ra khi một hay nhiều rễ thần kinh bị đứt ra khỏi tủy sống ở phần gốc, hay các thân, bó thần kinh bị giãn, đứt ở phía ngoài lồng ghép. Đây là loại tổn thương trầm trọng, khó điều trị, không tự phục hồi, có thể gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn và mất cảm giác phần chi mà nó chi phối, làm ảnh hưởng tới sinh hoạt và tâm sinh lý của người bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay như điều trị bảo tồn, điều trị phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật đem lại nhiều hiệu quả trong điều trị do phục hồi được hình thể giải phẫu tạo điều kiện thuận lợi cho phục hồi chức năng của ĐRTKCT. Tuy nhiên phương pháp này không được chỉ định trong giai đoạn còn phù nề ngay sau chấn thương và trong những trường hợp chưa đủ điều kiện phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương tại bệnh viện Trung ương quân đội 108, làm cơ sở cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 30 bệnh nhân được khám và chẩn đoán có tổn thương ĐRTKCT do chấn thương bởi

các bác sĩ lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh và được điều trị ở Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08 năm 2013 đến tháng 11 năm 2015.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Các bệnh nhân có tiền sử chấn thương.
- Nghi có tổn thương ĐRTKCT trên lâm sàng.
- Được chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.
- Hồ sơ ghi chép rõ ràng, đầy đủ.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những trường hợp tổn thương do bệnh lý: viêm, lao, u...

- Những bệnh nhân có tổn thương phối hợp là chấn thương sọ não, tuỷ có giảm hoặc mất cảm giác làm sai lệch biểu hiện lâm sàng của tổn thương ĐRTKCT.

- Không được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán tổn thương ĐRTKCT.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu.

***Phương pháp điều trị bảo tồn:** Bệnh nhân được điều trị nội khoa, kết hợp với vật lý trị liệu, châm cứu. Điều trị nội khoa dùng các thuốc giảm đau chống viêm, kết hợp với thuốc giãn cơ và tăng dẫn truyền thần kinh.

***Phương pháp đánh giá sức cơ:**

M0: cơ liệt hoàn toàn, không thấy có dấu hiệu của sự co cơ

M1: cơ cơ rất yếu, có thể sờ thấy nhưng không tạo ra cử động của khớp

M2: cơ cơ thực hiện được hết tầm vận động của khớp với điều kiện loại bỏ trọng lực của chi thể.

M3: cơ cơ thực hiện hết tầm vận động của khớp và thẳng được trọng lực chi thể

M4: cơ cơ thực hiện được hết tầm vận động của khớp, thẳng được trọng lực chi thể và sức cản từ bên ngoài.

***Phương pháp ghi điện cơ đồ bằng điện cực kim:**

- Máy điện cơ: Hãng sản xuất: Natus, Mỹ; Model: VikingQuest

- Người bệnh nằm ở tư thế giãn cơ.

- Nhân viên y tế tiến hành sát trùng vùng da cần khảo sát.

- Tiến hành chèn điện cực kim xuyên qua da vào cơ, rồi đâm kim từng nấc một nhằm khảo sát các hoạt động điện do kim đâm gây ra. Để kim nằm im trong khi bắp cơ đang thư giãn hoàn toàn (không co cơ), nhằm tìm các hoạt động điện tự phát của cơ đó nếu có.

***Đo tốc độ dẫn truyền của dây thần kinh vận động và cảm giác**

- Đặt điện cực bề mặt đặt tại vị trí khối cơ có dây thần kinh thăm dò chi phối.

- Kích thích vào các điểm dọc theo đường đi của dây thần kinh.
- Tính tốc độ dẫn truyền của dây thần kinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

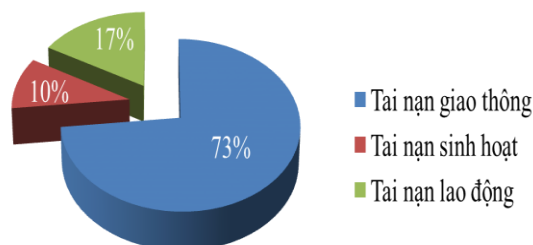
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

3.1.1. Tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương

- Đặc điểm về tuổi: Nhóm từ 20 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), nhóm từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,7%). Tuổi trung bình: $27,63 \pm 7,97$. Tuổi thấp nhất: 18 tuổi. Tuổi cao nhất: 49 tuổi.

- Đặc điểm về giới: Tỷ lệ nam giới lớn hơn nhiều lần so với nữ giới (nam chiếm 93,3%, nữ chiếm 6,7%). Tỷ lệ nam/nữ = 13,9/1.

- Nguyên nhân tổn thương:



Tổn thương do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%).

3.1.2. Các phương pháp điều trị bảo tồn

Bảng 1. Các phương pháp điều trị bảo tồn tổn thương ĐRTKCT

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ
Nội khoa	30	100
Vật lý trị liệu	13	43,3
Châm cứu	1	3,3

Tất cả các trường hợp đều được điều trị nội khoa, trong đó có 43,3% điều trị kết hợp với vật lý trị liệu - phục hồi chức năng và 3,3% kết hợp với châm cứu.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

3.2.1. Đánh giá chức năng cơ theo các nhóm động tác. Có 11 trường hợp bị liệt hoàn toàn ĐRTKCT: Trước điều trị, đánh giá chức năng cơ theo các nhóm động tác gập, sấp, duỗi, khép, ngửa có 11/11 BN đều ở mức M0, riêng chức năng giang có 10/11 bệnh nhân ở mức M0, 1/11 bệnh nhân ở mức M1. Sau điều trị, có 3 bệnh nhân có chức năng duỗi, khép, ngửa được chuyển từ mức M0 sang mức M1. Có 19 bệnh nhân bị liệt không hoàn toàn ĐRTKCT, kết quả đánh giá sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ như sau:

Bảng 2. Kết quả đánh giá sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ

Tên cơ	Động tác	M0		M1		M2		M3		M4	
		T	S	T	S	T	S	T	S	T	S
Thang	Nâng vai	0	0	0	0	0	0	0	0	19	19
Dưới gai	Xoay cánh tay ra ngoài	15	10	2	6	1	1	0	1	1	1
Trên gai	Nâng cánh tay	15	13	1	3	2	1	0	1	1	1
Nhì đầu	Gập khuỷu	12	9	0	2	5	2	1	5	1	1
Tam đầu	Duỗi khuỷu	4	3	5	3	3	6	6	6	1	1
Delta	Giang nách	11	10	3	2	3	3	1	3	1	1
Sấp tròn	Sấp cẳng tay	6	6	3	1	4	6	0	0	6	6
Duỗi ngón trỏ	Duỗi ngón trỏ	2	1	2	1	6	6	2	3	7	8
Đối chiếu ngón cái	Đối chiếu ngón cái	0	0	1	1	2	0	7	8	9	10
Gập cổ tay trụ	Gập bàn tay	0	0	2	1	4	5	4	3	9	10
Gian cốt I	Giang các ngón	0	0	2	1	5	5	3	3	9	10

*T: Trước điều trị; S: Sau điều trị.

Trong 19 trường hợp bị liệt không hoàn toàn: sau điều trị, đa số sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ được cải thiện. Trong đó, có 5 trường hợp cơ dưới gai có sức cơ được cải thiện rõ.

3.2.2. Kết quả khảo sát vận động cảm giác trước và sau điều trị

Bảng 3. Kết quả khảo sát vận động - cảm giác trước điều trị

Dây TK		Cảm giác (SANP)			Vận động (CMAP)			SÔNG F				
								L (thời gian tiềm tàng)		% (tần số)		
		BT	Giảm	Mất	BT	Giảm	Mất	BT	Kéo dài	BT	Giảm	Mất
TK giữa	T	21	6	3	10	10	10	21	0	14	7	9
	S	20	6	4	11	9	9	21	0	14	7	9
TK trụ	T	18	8	4	11	9	10	21	0	14	7	9
	S	19	8	3	12	8	9	21	0	14	7	9
TK quay	T	2	0	0	11	8	10	-	-	-	-	-
	S	5	0	0	11	7	9	-	-	-	-	-

TK bì cẳng tay ngoài	T	19	8	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	19	7	4	-	-	-	-	-	-	-	-
TK bì cẳng tay trong	T	21	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	21	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-

* T: Trước điều trị; S: Sau điều trị; BT: bình thường

Trước điều trị: Số trường hợp giảm và mất cảm giác ở TK trụ là cao nhất (12 trường hợp), tiếp đến là TK bì cẳng tay ngoài (11 trường hợp) và TK giữa, TK bì cẳng tay trong (cùng là 9 trường hợp), thấp nhất là TK quay (0 trường hợp). Số trường hợp giảm và mất vận động ở TK giữa là cao nhất (20 trường hợp), tiếp đến là TK trụ (19 trường hợp), TK quay (18 trường hợp). Tần số sóng F giảm và mất đối với TK giữa là 16 trường hợp, TK trụ là 16 trường hợp.

3.2.3. Kết quả khảo sát vị trí cơ tổn thương

Bảng 4. Kết quả khảo sát vị trí cơ tổn thương (điện cơ đồ) trước và sau điều trị

Cơ		Điện thế tự phát (5 độ)					Hình thái (ĐV vận động)			Tuyến nạp		
		0	1	2	3	4	Bình thường	Bất thường	Không ghi được	Bình thường	Bất thường	Không ghi được
Dưới gai	T	1	0	3	3	23	1	4	25	1	4	25
	S	1	1	3	6	19	1	10	19	1	10	19
Trên gai	T	1	2	5	17	5	1	4	25	1	4	25
	S	1	1	3	17	8	1	7	22	1	7	22
Nhị đầu	T	1	2	5	3	19	1	7	22	1	7	22
	S	1	4	2	4	19	1	10	19	1	10	19
Delta	T	1	0	7	1	21	1	7	22	1	7	22
	S	1	2	4	4	19	1	9	20	1	9	20
Sấp tròn	T	4	4	7	6	9	7	5	18	5	7	18
	S	6	1	6	4	13	7	5	18	5	7	18
Duỗi ngón trỏ	T	8	4	4	2	12	10	6	14	10	6	14
	S	10	0	5	4	11	11	6	13	10	7	13
Đối chiếu ngón cái	T	9	3	5	3	10	12	7	11	12	7	11
	S	11	2	3	4	10	13	6	11	12	7	11
Gian cốt I	T	9	6	3	2	10	12	8	10	13	7	10
	S	11	1	5	2	11	13	7	10	12	8	10

Trước điều trị: Điện thế tự phát chủ yếu là độ 4 đối với cơ dưới gai (23 trường hợp), cơ nhị đầu (19 trường hợp), cơ delta (21 trường hợp), cơ sấp tròn (9 trường hợp), cơ duỗi ngón trỏ (12 trường hợp), cơ đối chiếu ngón cái (10 trường hợp), cơ gian cốt ngón I (10 trường hợp); chủ yếu là độ 3 đối với cơ trên gai (17 trường hợp). Hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ gian cốt I, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyến nạp bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Cơ đối chiếu ngón cái và cơ gian cốt I.

Sau điều trị: Điện thế tự phát chủ yếu là độ 4 đối với cơ dưới gai (19 trường hợp), cơ nhị đầu (19 trường hợp), cơ delta (29 trường hợp), cơ sấp tròn (13 trường hợp), cơ duỗi ngón trỏ (11 trường hợp), cơ đối chiếu ngón cái (10 trường hợp), cơ gian cốt ngón I (11 trường hợp); chủ yếu là độ 3 đối với cơ trên gai (17 trường hợp). Hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyến nạp bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Có sự cải thiện về điện thế tự phát, hình thái và tuyến nạp trước và sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu. Tuổi thấp nhất mà nhóm nghiên cứu gặp là 18 tuổi, cao nhất là 49 tuổi, tuổi trung bình là 27,63. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 20-39 (50%), đây là tuổi lao động lao động chính của xã hội và tham gia các hoạt động. Kết quả của chúng tôi tương tự như của Võ Văn Châu (2005)[1], Nguyễn Việt Tiến (2010)[2], Songcharoen (2008)[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam chiếm tỷ lệ 93,3%, nữ chiếm 6,7%, tỷ lệ nam/nữ là 13,9/1. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Châu (2005) là 13,2/1 [1], Nguyễn Việt Tiến (2010) là 5,4/1 [2]. Điều này có lẽ là do nam giới thường là lao động chính trong gia đình, hay làm những công việc nặng nhọc liên quan đến các yếu tố nguy cơ gây tai nạn như: lao động nặng, lái xe, leo cao, trèo cây, chơi thể thao... Mặc dù nam giới bị nhiều hơn nữ giới nhưng yếu tố này không có giá trị để chẩn đoán phân biệt giữa có hay không có tổn thương ĐRTKCT mà chỉ là vấn đề cần quan tâm trong chẩn đoán.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm phần lớn 73,3%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Võ Văn Châu (2005), trong đó tỷ lệ tổn thương ĐRTKCT do tai nạn giao thông là 95%, nguyên nhân do xe máy chiếm 92,9% [1], [8]. Do đó có thể nhận xét, tai nạn giao thông mà chủ yếu là tai nạn do xe máy vẫn là nguyên nhân chính trong chấn thương nói chung và trong chấn thương cột sống cổ gây tổn thương ĐRTKCT nói riêng, ở nước ta cũng như các nước khác. Tất cả các trường hợp đều được điều trị nội khoa, trong đó có 43,3% điều trị kết hợp với vật lý trị liệu - phục hồi chức năng và 3,3% kết hợp với châm cứu.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

Đánh giá chức năng cơ theo các nhóm động tác: trong 11 trường hợp bị liệt hoàn toàn sau điều trị, đa số các trường hợp có chức năng cơ theo các nhóm động tác gấp, giang, sấp, duỗi, khép, ngửa đều ở mức M0 (từ 10/11 đến 11/11 trường hợp). Sau điều trị, 3 bệnh nhân có chức năng duỗi, khép, ngửa được chuyển từ mức M0 sang mức M1. Trong 19 trường hợp bị liệt không hoàn toàn: sau điều trị, đa số sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ được cải thiện. Trong đó, có 5 trường hợp cơ dưới gai có sức cơ được cải thiện rõ.

Kết quả khảo sát vận động cảm giác trước và sau điều trị: trước điều trị, số trường hợp giảm và mất cảm giác ở TK trụ là cao nhất (12 trường hợp), tiếp đến là TK bì căng tay ngoài (11 trường hợp) và TK giữa, TK bì căng tay trong (cùng là 9 trường hợp), thấp nhất là TK quay (0 trường hợp). Số trường hợp giảm và mất vận động ở TK giữa là cao nhất (20 trường hợp), tiếp đến là TK trụ (19 trường hợp), TK quay (18 trường hợp). Tần số sóng F giảm và mất với TK giữa là 16 trường hợp, TK trụ là 16 trường hợp. Sau điều trị, kết quả khảo sát vận động, cảm giác được cải thiện hơn so với trước điều trị.

So với các phương pháp phẫu thuật tiên tiến và hiện đại, điều trị bảo tồn đám rối thần kinh cánh tay cho các kết quả hạn chế hơn về việc hồi phục chức năng vận động và cảm giác [9]. Sự khác nhau về kết quả điều trị giữa các phương pháp phẫu thuật và bảo tồn là do trong phẫu thuật, các phẫu thuật viên có thể chủ động phục hồi các tổn thương ĐRTKCT về mặt giải phẫu, nên việc cải thiện các chức năng được thuận lợi hơn. Tuy nhiên, những bệnh nhân bị chấn thương đám rối thần kinh cánh tay trong giai đoạn đầu, tổn thương phù nề làm khó khăn trong chẩn đoán và điều trị, nên phẫu thuật thường được chỉ định khi bệnh nhân đã giảm

phù nề. Do vậy, điều trị bảo tồn vẫn là phương pháp nên lựa chọn cho các bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc kết hợp trước và sau phẫu thuật.

Kết quả khảo sát vị trí cơ tổn thương: trước điều trị, hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ gian cốt I, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyến nạp bất thường nhiều nhất ở cơ nhị đầu, cơ delta, cơ sấp tròn, cơ duỗi ngón trỏ, cơ đối chiếu ngón cái và cơ gian cốt I. Sau điều trị: hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyến nạp bất thường nhiều nhất ở cơ nhị đầu và cơ delta. Có sự cải thiện về điện thế tự phát, hình thái và tuyến nạp sau điều trị. Như vậy, điều trị bảo tồn tổn thương ĐRTKCT cũng đem lại những cải thiện về vận động và cảm giác, là phương pháp hiệu quả trong điều trị ĐRTKCT.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương đem lại những cải thiện về vận động và cảm giác cho bệnh nhân, là phương pháp nên được lựa chọn trong các trường hợp chưa đủ điều kiện phẫu thuật hoặc kết hợp trước và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Châu** (2005), "Chuyển ghép thần kinh XI vào thần kinh cơ bị đứt phục hồi gấp khuỷu trong liệt đám rối thần kinh cánh tay", *Thời sự Y Dược học*, tr.195-202.
2. **Nguyễn Việt Tiến** (2010), "Chuyển rãnh thần kinh C7 chéo ngực qua thần kinh ghép có mạch nuôi trong điều trị tổn thương nhờ các rễ đám rối thần kinh cánh tay - Kết quả 32 trường hợp", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, tập 5 - Số 4, tr.92-98.
3. **Dubuisson A.S., David K.G.** (2002), Brachial plexus injury: a survey of 100 consecutive cases from a single service, *Neurosurgery*. 51(3), pp. 673-683.
4. **Wilson F.J. et al.** (2014), The epidemiology of adult traumatic brachial plexus lesions in a large metropolis, *Acta neurochirurgica*. 156(5), pp. 1025-1028.
5. **Kumar J.D. et al.** (2012), An epidemiological study of traumatic brachial plexus injury patients treated at an Indian centre, *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*. 45(3), p. 498.
6. **Nakamura T., Yabe Y., Horiuchi Y., Takayama S., Yamanaka K.** (1996). Diagnostic value of MR myelography for brachial plexus injury. *J JapSoc Surg Hand*; 13: pp 483-489.
7. **Nakamura T., Yabe Y., Horiuchi Y., Takayama S.** (1997). Magnetic resonance myelography in brachial plexus. *The Journal of bone and joint surgery.*; 79(5): pp 764-769.
8. **Songcharoen P.** (2008). Management of brachial plexus injury in adults. *Scand J Surg*, 97(4): pp 317-323.
9. **Gu Y.D., Ma M.K.** (1996), Use of the phrenic nerve for brachial plexus reconstruction, *Clinical orthopaedics and related research*, (323), trang 119-121.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH TYP PHÂN TỬ UNG THƯ VÚ THEO PHÂN LOẠI CỦA BHAGARVA

Nguyễn Tiến Quang¹, Nguyễn Văn Chủ¹

TÓM TẮT

Ung thư vú là loại u phổ biến nhất ở phụ nữ, tỷ lệ tử vong xu hướng giảm vì các tiến bộ trong chẩn đoán sớm và điều trị hỗ trợ. **Mục tiêu:** Nhận xét một số mối liên quan giữa đặc điểm giải phẫu bệnh và typ phân tử ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 495 bệnh nhân ung thư vú được xác định là typ phân tử bằng nhuộm hóa mô miễn dịch và đánh giá mối liên quan với đặc điểm GPB. **Kết quả nghiên cứu:** Ở nhóm di căn >3 hạch, TNB-, TNB+ & HER2 chiếm tỷ lệ cao: 27,8%; 22,4% và 22,3%. Với NPI xấu, TNB-, HER2 & TNB+ cũng có tỷ lệ cao: 38,9%; 36,4% và 30,6%. LUMA & B chiếm tỷ lệ cao. Ở ĐM I: 19,4% và 13,5% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Typ lòng ống thường kết hợp với các đặc trưng lâm sàng GPB tốt hơn so với typ phân tử khác.

Từ khóa: Ung thư vú, giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch, typ phân tử.

SUMMARY

STUDYING PATHOLOGICAL FEATURES OF BREAST CANCER MOLECULAR TYPE ACCORDING TO BHAGARVA CLASSIFICATION

Breast cancer is nowadays the most frequent malignant tumor in female and morbidity and mortality trend to decrease, because of remarkable progresses in the field of early diagnosis and adjuvant therapy. **Purpose:** To observe some relations between pathological features and molecular subtypes. **Methods:** 495 breast cancer patients were classified as subtypes by IHC stain and evaluating relations to pathological characteristics. **Results:** in positive node group up 3, TNB-, TNB+ & HER2 are higher: 27.8%; 22.4% and 22.3%. Poor NPI: TNB-, HER2 & TNB+ also have higher incidence: 38.9%; 36.4% and 30.6%. In grade I: LUMA & B: 19.4% and 13.5% ($p < 0.001$). **Conclusion:** Luminal types are associated in the better pathological factors than others.

Key words: breast cancer, pathology, immunohistochemistry, molecular subtype.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại u phổ biến nhất ở phụ nữ Việt Nam cũng như ở hầu hết các nước trên thế giới, chiếm khoảng 1/3 các ung thư mới được chẩn đoán [1,2]. Tỷ lệ mắc ung thư vú trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng có xu hướng tăng, nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh này

vẫn từng bước giảm nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm, đặc biệt là trong điều trị nội khoa ung thư bao gồm: hóa trị, nội tiết và sinh học [2,3]. Các khối u vú với hình ảnh MBH tương tự nhau có thể biểu hiện lâm sàng, mức độ ác tính và đáp ứng với điều trị trái ngược nhau. Sự phân tích khía cạnh bộc lộ gen và các đặc trưng hóa mô miễn dịch (HMMD) cho rằng ung thư vú không phải là một thực thể đơn thuần mà là một bệnh không đồng nhất, gồm một số typ sinh học đã được nhận ra. Chúng tôi chọn đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét một số mối liên quan giữa đặc điểm giải phẫu bệnh với typ phân tử của ung thư vú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 495 bệnh nhân ung thư vú xâm nhập được điều trị phẫu thuật cắt vú tại Bệnh viện K từ 2012-2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được phẫu thuật cắt tuyến vú và chẩn đoán là ung thư biểu mô xâm nhập.
- Khối u vú nguyên phát và chưa được điều trị hóa chất trước mổ cắt u.
- Có khối nén đủ để nhuộm HMMD.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đáp ứng được các tiêu chuẩn chọn trên.

- Ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ, ung thư vú ở nam giới.
- Ung thư vú tái phát hoặc ung thư cơ quan khác di căn tới vú.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nghiên cứu về mô bệnh học và HMMD

Kỹ thuật mô học: Đánh giá khối u và hạch: các bệnh phẩm u vú được phẫu tích đo đường kính lớn nhất. Mỗi khối u lấy từ 2-3 mảnh, dày 2-3mm. Phẫu tích, đếm số lượng hạch. Chuyển đúc, cắt nhuộm mẫu mô bằng H-E.

Kỹ thuật hóa mô miễn dịch

- Phương pháp nhuộm: Các mẫu mô được nhuộm HMMD bằng máy với các dấu ấn: 495 ca: ER, PR, Her-2/neu, Bcl2; 103 ca bộ ba âm tính nhuộm thêm: p63, EGFR, CK5/6, CK17 và 293 ca thụ thể nội tiết dương tính nhuộm thêm CK18.

- **Đánh giá kết quả HMMD:** theo các hướng dẫn quốc tế.

Quy trình đọc và thẩm định các kết quả:

Tác giả đọc tiêu bản nhuộm H-E, HMMD, FISH và

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Quang

Email: ntienquangbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

ghi các kết quả vào chương trình quản lý số liệu.

Phân typ phân tử ung thư vú: theo tiêu chuẩn được đề cập của Bhargava.

Các biến số được chọn để khảo sát

- Phân typ phân tử: LUMA, LUMB, TNB+, TNB-, HER2, LAHH và LBHH.

- Các thông số GPB: + NPI: 3 nhóm tiên lượng tốt, trung bình và xấu.

+ Tình trạng hạch: có hoặc không di căn

hạch, nhóm hạch (0, ≤ 3 và > 3 hạch).

+ Kích thước u: ≤ 2 cm, $> 2-5$ cm và > 5 cm.

Kích thước trung bình.

+ Typ MBH theo phân loại WHO-2012. Độ mô học: I, II, III.

+ Xâm nhập bạch mạch và xâm nhập lympho: có hoặc không

Quản lý thông tin và phân tích dữ liệu:

Các trường hợp nghiên cứu được mã hóa dữ liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Mối liên quan giữa typ phân tử với nhóm kích thước u

Kích thước	≤ 2		$> 2-5$		> 5		Tổng số		Trung bình
	n	%	n	%	n	%	N	%	
LUMA	95	57,6	64	38,8	6	3,6	165	33,3	$2,3 \pm 1,2$
LUMB	39	52,7	34	45,9	1	1,4	74	14,9	$2,5 \pm 1,4$
TNB-	7	38,9	9	50,0	2	11,1	18	3,6	$2,6 \pm 1,6$
TNB+	42	49,4	40	47,1	3	3,5	85	17,2	
HER2	35	35,4	58	58,5	6	6,1	99	20,0	$2,8 \pm 1,4$
LAHH	11	64,7	6	35,3	0	0,0	17	3,5	$2,2 \pm 1,8$
LBHH	21	56,8	16	43,2	0	0,0	37	7,5	$2,1 \pm 1,3$
Σ	250	50,5	227	45,9	18	3,6	495		

Nhận xét: LUMA và LAHH chiếm tỷ lệ cao ở u ≤ 2 cm, là 57,6% và 64,7%. U > 5 cm, TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 11,1%, tiếp đến là HER2: 6,1%; $p < 0,05$ ($p = 0,048$).

Bảng 2: Mối liên quan giữa typ phân tử với nhóm hạch

Nhóm hạch	0		1-3		> 3		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
LUMA	128	77,6	27	16,3	10	6,1	165	33,3
LUMB	47	63,5	23	31,1	4	5,4	74	14,9
TNB-	9	50,0	4	22,2	5	27,8	18	3,6
TNB+	48	56,5	18	21,2	19	22,3	85	17,2
HER2	49	49,5	28	28,3	22	22,2	99	20,0
LAHH	11	64,8	3	17,6	3	17,6	17	3,5
LBHH	21	56,8	11	29,7	5	13,5	37	7,5
Σ	313	63,2	114	23,0	68	13,8	495	

Nhận xét: LUMA chiếm tỷ lệ thấp ở 2 nhóm di căn hạch là 16,3% và 6,1%. TNB-, TNB+ và HER2 có tỷ lệ cao ở di căn > 3 hạch, là 27,8%; 22,4% và 22,3%, $p < 0,001$ ($p = 0,00001$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa typ phân tử với độ mô học

ĐMH	I		II		III		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
LUMA	32	19,4	63	38,2	70	42,4	165	33,3
LUMB	10	13,5	36	48,7	28	37,8	74	14,9
TNB-	1	5,6	2	11,1	15	83,3	18	3,6
TNB+	4	4,7	20	23,5	61	71,8	85	17,2
HER2	3	3,0	30	30,3	66	66,7	99	20,0
LAHH	1	5,9	7	41,2	9	52,9	17	3,5
LBHH	3	8,1	16	43,3	18	48,6	37	7,5
Σ	54	10,9	174	35,2	267	53,9	495	

Nhận xét: ĐMH I, LUMA và B chiếm tỷ lệ cao là 19,4% và 13,5%. ĐMH III, TNB-, TNB+ và HER2 chiếm tỷ lệ cao, là 83,3%; 71,8% và 66,7% ($p = 0,0001 < 0,001$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa typ phân tử với NPI

NPI	$< 3,4$		3,4-5,4		$> 5,4$		Tổng số		Trung bình
	n	%	n	%	n	%	N	%	
LUMA	53	32,1	93	56,4	19	11,5	165	33,3	$3,9 \pm 1,1$
LUMB	14	18,9	48	64,9	12	16,2	74	14,9	$4,1 \pm 1,1$
TNB-	2	11,1	9	50,0	7	38,9	18	3,6	$4,8 \pm 1,1$

TNB+	11	12,9	48	56,5	26	30,6	85	17,2	
HER2	10	10,1	53	53,6	36	36,4	99	20,0	4,9±1,2
LAHH	4	23,5	9	53,0	4	23,5	17	3,5	4,4±1,1
LBHH	12	32,4	15	40,6	10	27,0	37	7,5	4,4±1,2
Σ	106	21,4	275	55,6	114	23,0	495		

Nhận xét: NPI tốt, LUMA và LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất: 32,1 và 32,4%. Ở NPI xấu, typ TNB-, HER2 và TNB+ chiếm tỷ lệ cao: 38,9%; 36,4% và 30,6% ($p=0,0001<0,001$).

Bảng 5: Mối liên quan với giữa typ phân tử mô đệm lympho

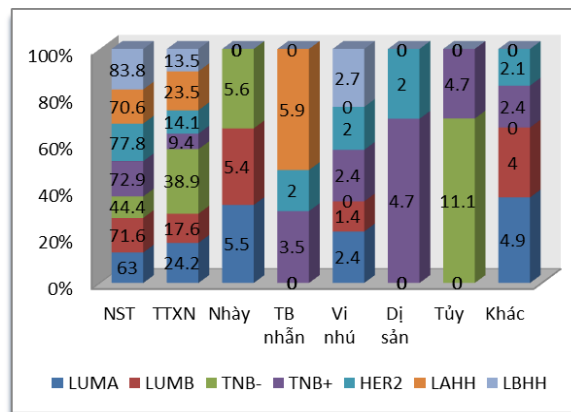
XN Lympho	Không		Có		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
LUMA	74	44,8	91	55,2	165	33,3
LUMB	23	31,1	51	68,9	74	14,9
TNB-	4	22,2	14	77,8	18	3,6
TNB+	16	18,8	69	81,2	85	17,2
HER2	20	20,2	79	79,8	99	20,0
LAHH	8	47,1	9	52,9	17	3,5
LBHH	13	35,1	24	64,9	37	7,5
Σ	158	31,9	337	68,1	495	

Nhận xét: Ở nhóm ung thư có xâm nhập lympho bào, typ TNB+, HER2 và TNB- chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 81,2%; 79,8% và 77,8% ($p=0,00007<0,001$).

Bảng 6: Mối liên quan giữa typ phân tử với sự xâm nhập bạch mạch

XN bạch mạch	Không		Có		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
LUMA	145	87,9	20	12,1	165	33,3
LUMB	60	81,1	14	18,9	74	14,9
TNB-	13	72,2	5	27,8	18	3,6
TNB+	46	54,1	39	45,9	85	17,2
HER2	67	66,7	32	32,3	99	20,0
LAHH	15	88,2	2	11,8	17	3,5
LBHH	30	81,1	7	18,9	37	7,5
Σ	376	76,0	119	24,0	495	

Nhận xét: Các typ TNB+, TNB- và HER2 đều chiếm tỷ lệ xâm nhập bạch mạch cao, lần lượt là 45,9%; 27,8% và 32,3% ($p=0,0001<0,001$).



Biểu đồ 1: Typ phân tử và typ MBH

Nhận xét: LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất ở typ NST là 83,8%, ở typ tiểu thùy xâm nhập, TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,9%. Typ MBH thể tủy chỉ gặp ở TNB- (11,1%) và TNB+ (4,7%); typ MBH thể dị sản gặp ở TNB+ (2,4%) và HER2 (2,0%) ($p=0,0001<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Sử dụng bảng phân typ phân tử của Bhargava theo tiêu chuẩn HMMD, bảng 1 cho thấy typ lòng ống A (LUMA) chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%, tiếp đến là typ HER2 (20,0%), đứng thứ 3 là typ dạng đáy (TNB+): 17,2%, typ lòng ống B (LUMB) có tỷ lệ 14,9%, đứng thứ 4; typ lòng ống B lai HER2 (LBHH) chiếm 7,5%, typ bộ ba âm tính không phải dạng đáy (TNB-) chiếm 3,6% và typ lòng ống A lai HER2 (LAHH) chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,5%. Trong nghiên cứu của Bhargava và cs (2010), nhận thấy có 31% LUMA, LUMB là 20%, và 16% HER2, bộ ba âm tính là 22%, LAHH là 4% và 7% là LBHH [4].

Kích thước u: chúng tôi nhận thấy rằng các khối u có kích thước u trung bình ở các typ lòng ống thấp hơn so với typ TNP hoặc HER2, thấp nhất ở typ LBHH ($2,1\pm 1,3$) và cao nhất ở typ HER2 ($2,8\pm 1,4$). Theo Bhargava và cs (2010), kích thước u trung bình của typ lòng ống A (2,1cm), lòng ống B (2,6cm), TNP (3,0cm), HER2

(2,9cm), LAHH (3,0cm) và LBHH (3,0cm) [4]. LUMA và LAHH chiếm tỷ lệ cao ở nhóm u ≤ 2 cm, lần lượt là 57,6% và 64,7%, trong nhóm này LUMB cũng chiếm tỷ lệ là 52,7% thấp hơn LUMA. Trái lại, ở nhóm u có kích thước >5 cm, typ TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 11,1%, tiếp đến là typ HER2 chiếm 6,1%. Ở nhóm u từ $>2-5$ cm, cao nhất là typ HER2: 58,6% và typ TNB+ là 47,1% ($p=0,048$). Typ TNB+ chiếm tỷ lệ cao nhất ở các u có kích thước từ 2-5cm (57,8%), trong khi đó ở các u >5 cm, typ HER2 chiếm tỷ lệ cao hơn các typ khác (21,7%) [5]. Qua đó chúng tôi nhận thấy mức độ tiên lượng giảm dần như sau: LAHH, LBHH, LUMA, LUMB, TNB+, HER2, TNB-.

Tình trạng hạch: trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng trung bình một bệnh nhân bị di căn $1,3 \pm 0,1$ hạch. LUMA có số lượng hạch bị căn trung bình thấp nhất là $0,6 \pm 0,1$, trong khi đó các typ TNP và HER2 có số lượng hạch di căn trung bình cao nhất: $1,9 \pm 0,3$. Bảng 2 cho thấy LUMA đều chiếm tỷ lệ thấp ở cả 2 nhóm di căn hạch là 16,3% và 6,1%. Typ TNB-, TNB+ và HER2 chiếm tỷ lệ di căn hạch cao ở nhóm >3 hạch, lần lượt là 27,8%; 22,4% và 22,3%. Trong nhóm di căn 1-3 hạch, typ lòng ống B và typ LBHH chiếm tỷ lệ di căn hạch cao hơn các nhóm khác, lần lượt là 31,1% và 29,7%, tiếp đến là các typ HER2 (28,3%), TNB- (22,2%) và TNB+ (21,2%). Trong nhóm di căn >3 hạch, các typ lòng ống lại HER2 có tỷ lệ di căn cao hơn các typ lòng ống: LAHH (17,6%), LBHH (13,5%) và lòng ống A (6,1%), lòng ống B (5,4%) ($p=0,00001$). Adly và cs (2010) nhận thấy rằng, tỷ lệ di căn hạch cao nhất ở typ TNP (61,5%) so với LUMA (46,2%), LUMB (38,9%) và typ HER2 là 35,7% [6]. Qua đó cho thấy các u có thụ thể nội tiết dương tính có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất, đặc biệt là typ lòng ống A, trái lại các u ER(-) có tỷ lệ di căn hạch cao, nhất là ở nhóm >3 hạch, như typ HER2 và mức độ tiên lượng giảm dần như sau: LUMA, LUMB, LAHH, LBHH, TNB+, HER2, TNB-.

Typ MBH: qua biểu đồ 1 cho thấy ở typ NST, LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,8% và thấp nhất là TNB- chiếm 44,4%. Trong khi đó ở typ tiểu thùy xâm nhập, TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,9% và LBHH chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,5%. Typ MBH thể tủy chỉ phân bố ở TNB- (11,1%) và TNB+ (4,7%) và typ MBH thể dị sản phân bố ở 2 typ phân tử TNB+ (2,4%) và HER2 (2,0%) ($p=0,00001$). Typ TNB+ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả typ thể tủy và typ dị sản (lần lượt là 10,9 và 14,1%) [5].

Độ mô học: qua bảng 3, chúng tôi thấy ở

ĐMH I, typ lòng ống A và B chiếm tỷ lệ cao là 19,4% và 13,5% và thấp nhất là typ HER2 (3,0%). Trong khi đó ở ĐMH II, các typ lòng ống B, LBHH và LAHH chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 48,7%; 43,3% và 41,2% và thấp nhất là typ TNB- (11,1%). Trái lại, ở ĐMH III, các typ TNB-, TNB+ và HER2 chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 83,3%; 71,8% và 66,7% và thấp nhất là typ lòng ống A (42,4%) và typ lòng ống B (48,6%) ($p=0,0001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng ở ung thư vú ĐMH I, các typ lòng ống có tỷ lệ giảm dần từ typ lòng ống A đến typ LBHH, trái lại ở ĐMH III, tỷ lệ của các typ này có xu hướng tăng dần từ typ lòng ống A đến typ LBHH và các typ có tiên lượng xấu như TNB-, TNB+, HER2 chủ yếu gặp ở các ung thư vú có ĐMH III. Qua đánh giá ĐMH theo từng typ phân tử cho thấy mức độ tiên lượng giảm dần như sau: lòng ống B, lòng ống A, LBHH, LAHH, HER2, TNB+, TNB-.

Chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI):

Trong bảng 4, NPI trung bình chung là $4,2 \pm 1,2$, typ lòng ống A có NPI trung bình thấp nhất là $3,9 \pm 1,1$ và cao nhất là typ HER2 ($4,9 \pm 1,2$). Trong các ung thư vú thụ thể nội tiết dương tính, NPI trung bình tăng dần từ typ lòng ống A ($3,9 \pm 1,1$), tiếp đến là typ lòng ống B ($4,1 \pm 1,1$) và đến typ LAHH ($4,4 \pm 1,1$), typ LBHH ($4,4 \pm 1,2$). Trong nhóm có tiên lượng tốt typ lòng ống A và typ LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,1% và 32,4%. Trong nhóm tiên lượng xấu typ TNB-, HER2 và TNB+ chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 38,9%; 36,4% và 30,6%. Ở nhóm tiên lượng trung bình typ lòng ống B chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,9% ($p=0,00001$). Qua đánh giá NPI theo từng typ phân tử cho thấy mức độ tiên lượng giảm dần như sau: LUMA, lòng ống B, LAHH, LBHH, TNB+, HER2, TNB-.

Sự xâm nhập lympho bào: theo bảng 5 chỉ ra rằng 68,1% mô ung thư có xâm nhập tế bào lympho. Ở nhóm mô ung thư có xâm nhập lympho bào, typ TNB+, HER2 và TNB- chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 81,2%; 79,8% và 77,8% ($p=0,00007$). Chúng tôi nhận thấy rằng tất cả các typ phân tử đều có tỷ lệ xâm nhập lympho bào vào mô u cao ($>50\%$), đặc biệt là typ dạng đáy (TNB+). Theo Fulford và cs (2006) sự xâm nhập lympho bào quanh u ở typ dạng đáy là 84,0% trong khi đó ở typ không dạng đáy chiếm 73,0% [7].

Xâm nhập bạch mạch: bảng 6 cho thấy 24,0% các khối u có xâm nhập bạch mạch, trong đó các typ TNB+, TNB- và HER2 đều chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 45,9%, 27,8% và 32,3% và thấp nhất là typ LAHH (11,8%). Qua kết quả trên

chúng tôi thấy rằng sự xâm nhập bạch mạch ở typ LAHH (11,8%) tiếp đến là typ lòng ống A (12,1%) và typ lòng ống B và LBHH đều chiếm tỷ lệ 18,9%. Typ lòng ống A ít xâm nhập bạch mạch hơn LUMB. Cheang và cs (2008) cho thấy typ lòng ống lai HER2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,9%, tiếp đến là typ HER2 (53,1%), typ lòng ống là 41,9% và typ TNB-, TNB+ lần lượt là 40,9% và 49,1% [8].

V. KẾT LUẬN

- **Typ phân tử:** Các typ phân tử phổ biến hơn gồm LUMA, HER2, TNB+ và LUMB; các typ có tỷ lệ thấp hơn là LBHH, TNB- và LAHH.

- **Mối liên quan với đặc điểm GPB** ($p < 0,05$)

+ Typ lòng ống: có tỷ lệ cao ở NPI thấp và trung bình; trong đó, typ LUMA có tỷ lệ cao ở NPI thấp, $u \leq 2$ cm, ít di căn hạch và ĐMH I; trái lại typ LUMB có tỷ lệ cao ở NPI trung bình, $u > 2-5$ cm và ĐMH II.

+ Typ TNB+ và TNB-: chủ yếu gặp ở NPI trung bình và cao, di căn > 3 hạch, ĐMH cao. TNB- có tỷ lệ cao hơn TNB+ ở ĐMH III, di căn hạch, NPI cao, $u > 5$ cm.

+ Typ HER2 có tỷ lệ cao nhất ở $u > 2-5$ cm và di căn hạch; hay gặp ở ĐMH III, NPI trung bình và cao.

+ Typ LAHH và LBHH: có tỷ lệ cao ở NPI thấp và trung bình, ĐMH III. LAHH có tỷ lệ cao ở $u \leq 2$ cm, trong khi LBHH hay gặp ở $u > 2-5$ cm và hay di căn hạch.

*Tiền lượng của typ phân tử theo GPB có thứ

tự giảm dần như sau: LUMA, LUMB, LAHH, LBHH, TNB+, HER2 và TNB-.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Diệu và cs (2014).** Báo cáo tình hình hoạt động phòng chống ung thư giai đoạn 2011-2014 thuộc chương trình mục tiêu Quốc gia về Y tế. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2, 21-28.
2. **Spitale, A, Mazzola P, Soldini D et al (2009).** Breast cancer classification according to immunohistochemical markers: clinicopathologic features and short-term survival analysis in a population-based study from the South of Switzerland. Annals of Oncology, 20, 628-635.
3. **Nguyễn, Bá Đức, Trần Văn Thuận và Nguyễn Tuyết Mai (2010).** Điều trị nội khoa bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Bhargava, R, Esposito N.N and Dabbs D.J (2010).** Immunohistochemistry of the Breast. Diagnostic Immunohistochemistry: Theranostic and genomic applications, Saunders, USA, 763-819.
5. **Engström, M. J, Opdahl S, Hagen A.I (2013).** Molecular subtypes, histopathological grade and survival in a historic cohort of breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat, 140:463-73.
6. **Adly, S, Hewedi .IH, Mokhtar N.M (2010).** Clinicopathologic Significance of Molecular Classification of Breast Cancer: Relation to Nottingham Prognosis Index, Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst., Vol. 22, No. 4.
7. **Fulford, L.G, Easton D.F, Reis-Filho J.S et al (2006)** Specific morphological features predictive for the basal phenotype in grade 3 invasive ductal carcinoma of breast. Histopathology, 49, 22-34.
8. **Cheang, M.C, Voduc D, Bajdik C et al (2008).** Basal-like breast cancer defined by five biomarkers has superior prognostic value than triple-negative phenotype. Clin Cancer Res, 14:1368-76.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG VÀ X-QUANG TRONG BỆNH LÝ THOÁI HOÁ KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Bích Hồng¹, Hoàng Đức Hạ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh X quang khớp gối ở bệnh nhân (BN) gối nguyên phát được khám, điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên các BN được chẩn đoán là THK gối nguyên phát tại Bệnh viện Hữu nghị

Việt Tiệp Hải Phòng, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 09/2018. Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và xử lý phân tích theo chương trình SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** trên X quang, các khớp của BN THK gối ở giai đoạn 2 và 3 là chủ yếu chiếm 88,9%. Bệnh nhân THK gối có gai xương trên X quang có nguy cơ đau nhiều hơn 5,39 lần so với không có gai xương nhưng dấu hiệu hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn không liên quan tới mức độ đau. BN THK gối tổn thương X quang ở giai đoạn 3 và 4 có điểm WOMAC đau cao hơn đáng kể so với BN ở giai đoạn 1 và 2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm WOMAC cứng khớp và WOMAC chức năng giữa các giai đoạn tổn thương X quang theo Kellgren/Lawrence. **Kết luận:** chẩn đoán THK gối chủ yếu vẫn dựa vào triệu chứng lâm sàng và X quang, nắm vững sự liên quan giữa dấu hiệu trên x-quang với

¹Ban Bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cán bộ TP. Hải Phòng

²Trường ĐH Y dược Hải Phòng.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hddha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

các dấu hiệu lâm sàng chính của THK giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán mức độ bệnh và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, x-quang, đau khớp, hạn chế vận động

SUMMARY

COMMENTS ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND X-RAY IN THE PATHOLOGY OF OSTEOARTHRITIS AT VIET TIET FRIENDSHIP HOSPITAL

Introduction: This study aims to describe clinical features, subclinical and knee X-ray images in patients with primary knee osteoarthritis (OA) examined and treated at Viet Tiet Hai Phong Friendship Hospital. **Materials and Methods:** Descriptive and prospective research on patients diagnosed with primary knee OA at Viet Tiet Friendship Hospital in Hai Phong, during the period from 01/2018 to 09/2018. Data collected after being cleaned and analyzed according to SPSS 20.0. **Results:** On X-rays, the joints of patients with OA in the stage 2 and 3 are mainly accounted for 88.9%. Patients with knee OA with bone osteophytes on radiographs are 5.39 times more likely to have pain than without bone osteophytes, but the signs of narrowing of joints and special subcategories of the cartilage are not related to pain levels. Patients with knee OA with X-ray lesions in stage 3 and 4 had significantly higher WOMAC points than patients in stage 1 and 2. There was no statistically significant difference in ankylosis WOMAC points and functional WOMAC with stages of radiological injury according to Kellgren/Lawrence. **Conclusion:** diagnosis of knee OA is mainly based on clinical and radiological symptoms, mastering the relationship between signs on x-rays with the main clinical signs of knee OA to help clinicians evaluate disease degree and give an appropriate treatments.

Key words: knee osteoarthritis, x-ray, joint pain, movement restriction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là tình trạng thoái triển của

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 85 BN được chẩn đoán THK gối nguyên phát, trong đó 145 khớp gối được nghiên cứu. Tuổi trung bình $69,18 \pm 10,46$ (năm).

Bảng 3.1. Phân bố tổn thương X quang phân loại theo Kellgren/Lawrence

	Phân độ THK theo Kellgren/Lawrence				
	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
n	2	9	74	55	5
Tỷ lệ %	1,5	6,2	51	37,9	3,4

Nhận xét: Các khớp của BN THK gối tổn thương X quang ở giai đoạn 2 và 3 là chủ yếu chiếm 88,9%.

Bảng 3.2. Liên quan giữa đặc điểm X quang với mức độ đau theo thang điểm VAS (n=145)

Tổn thương X quang	Thang điểm VAS	Đau nhiều		Đau ít		Tổng	
		Số khớp	%	Số khớp	%	Số khớp	%
Gai xương	Có	51	40,2	76	59,8	127	100
	Không	2	11,1	16	88,9	18	100

OR = 5,39 (95%CI :1,18 – 24,35); p (test χ^2) < 0,05

khớp, xảy ra chủ yếu ở người nhiều tuổi và đặc trưng bởi tình trạng loét ở sụn khớp, quá sản của tổ chức xương tạo thành các gai xương, xơ xương dưới sụn và các biến đổi về hóa sinh và hình thái của bao khớp [2]. Thoái hóa khớp là một bệnh phổ biến trên thế giới, cũng như tại Việt Nam. Chẩn đoán THK gối chủ yếu vẫn dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp với hình ảnh chụp X quang khớp gối. Tại Hải Phòng, số người cứu về thoái hóa khớp gối còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh X quang khớp gối ở BN thoái hóa khớp gối nguyên phát được khám, điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán là THK gối nguyên phát theo tiêu chuẩn chẩn đoán THK gối của ACR -1991 [3] dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng như sau: (1) – đau khớp gối, (2) – gai xương ở rìa khớp (X quang), (3) – dịch khớp là dịch thoái hóa, (4) – tuổi ≥ 40 , (5) – cứng khớp dưới 30 phút, (6) – lạo xạo khi cử động. Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2018 đến tháng 09/2018, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu. BN được khám lâm sàng dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) và WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index - Hệ thống tính điểm lâm sàng THK gối) [4], được chụp phim x-quang khớp gối, phân độ thoái hóa khớp gối theo Kellgren và Lawrence.

Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và xử lý phân tích theo chương trình SPSS 20.0

Hẹp khe khớp	Có	22	36,7	38	63,3	60	100
	Không	31	36,5	54	63,5	85	100
OR = 1,01 (95%CI :0,51 – 2,00); p (test χ^2) > 0,05							
Đặc xương dưới sụn	Có	23	41,1	33	58,9	56	100
	Không	30	33,7	59	66,3	89	100
OR = 1,37 (95%CI :0,69-2,73); p (test χ^2) > 0,05							

Nhận xét: Bệnh nhân THK gối có gai xương trên X quang có nguy cơ đau nhiều hơn 5,39 lần so với không có gai xương (95% CI: 1,18-24,35), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn không liên quan tới mức độ đau ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa tổn thương X quang phân loại theo Kellgren/Lawrence với mức độ lâm sàng theo thang điểm WOMAC (n=145)

Điểm WOMAC	Giai đoạn tổn thương X quang theo Kellgren/Lawrence				p (ANOVA)
	K/L < 2 (n = 11)	K/L = 2 (n = 74)	K/L = 3 (n = 55)	K/L = 4 (n = 5)	
Đau khớp	7,27 ± 2,53	8,9 ± 1,81	9,13 ± 2,18	11,2 ± 3,19	< 0,05
Cứng khớp	2,73 ± 1,62	3,59 ± 1,58	3,98 ± 1,85	5 ± 2,74	> 0,05
Hạn chế Chức năng	15 ± 4,38	16,99 ± 5,54	17,64 ± 5,63	23,2 ± 7,46	> 0,05

Nhận xét: BN THK gối tổn thương X quang ở giai đoạn 3 và 4 có điểm WOMAC đau cao hơn đáng kể so với BN ở giai đoạn 1 và 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; test ANOVA). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm WOMAC cứng khớp và WOMAC chức năng giữa các giai đoạn tổn thương X quang theo Kellgren/Lawrence ($p > 0,05$, test ANOVA).

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng thường gặp của THK gối là đau khớp gối (chiếm 100%), dấu hiệu cứng khớp hay phá vỡ khớp (chiếm 87,6%), tiếng lạo xạo hay lục khục khi vận động khớp gối (chiếm 93,8%), tràn dịch và sưng khớp (chiếm 47,6%); các dấu hiệu ít gặp hơn gồm bào gổ 69,7%, sờ thấy phì đại xương 40,7%. Triệu chứng ít gặp là kén khoeo 8,3%, teo cơ tùy hành 1,4%. Kết quả nghiên cứu cũng tương tự như một số nghiên cứu khác [1]. Hiện nay, chẩn đoán THK gối chủ yếu vẫn dựa vào triệu chứng lâm sàng và X quang. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.11 cho thấy có gai xương có nguy cơ đau nhiều hơn 5,39 lần so với không có gai xương (95%CI:1,18 - 24,35), hẹp khe khớp và đặc xương không liên quan với mức độ đau. Đa số các nghiên cứu đều cho rằng, gai xương trên X quang có khả năng dự đoán đau khớp tốt hơn so với hẹp khe khớp. Gai xương phát hiện trên phim chụp X quang khớp gối thẳng có liên quan với triệu chứng đau nhiều gấp hai lần so với gai xương trên phim nghiêng [7]. Theo Lanyon và cộng sự [7] gai xương liên quan với mức độ đau nhiều hơn so với dấu hiệu hẹp khe khớp, tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước [1].

Để chẩn đoán và phân loại THK gối, hệ thống phân loại THK X quang của Kellgren/Lawrence vẫn là công cụ được sử dụng chủ yếu hiện nay. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy, có sự khác biệt thang điểm WOMAC đau với giai đoạn tổn thương X quang theo Kellgren/Lawrence ($p < 0,05$) nhưng không có sự khác biệt về điểm

WOMAC cứng khớp và WOMAC chức năng. Đa số các nghiên cứu đều cho rằng triệu chứng đau khớp có liên quan với các giai đoạn tổn thương X quang cả về tần suất xuất hiện cũng như mức độ đau. Ở những BN THK gối có triệu chứng, Duncan cũng nhận thấy tổn thương X quang càng nặng thì mức độ đau và hạn chế chức năng càng nhiều đánh giá theo thang điểm WOMAC [6]. Trong khi đó, một số nghiên cứu khác lại cho thấy sự không tương xứng giữa triệu chứng lâm sàng với giai đoạn tổn thương X quang. Theo Cubukcu không có sự khác biệt thang điểm WOMAC giữa các giai đoạn tổn thương X quang theo phân loại của Kellgren/Lawrence [5]. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này có phần bị hạn chế bởi số lượng BN nghiên cứu còn ít, hơn nữa đa số BN được phân loại THK nhẹ và trung bình. Trong một nghiên cứu gần đây Rupprecht và cộng sự cũng cho rằng tổn thương X quang theo phân loại Kellgren/Lawrence không liên quan với thang điểm WOMAC nhưng có vai trò quan trọng để theo dõi sự tiến triển của bệnh [8]. Như vậy, thang điểm WOMAC đau có liên quan với giai đoạn tổn thương X quang theo Kellgren/Lawrence. Nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện được mối liên quan giữa thang điểm WOMAC cứng khớp và WOMAC chức năng với giai đoạn tổn thương X quang có thể do đa số BN trong nghiên cứu được phân loại THK giai đoạn 2 và 3, trong khi tình trạng cứng khớp và hạn chế chức năng nhiều thường gặp ở THK gối giai đoạn 4 chỉ chiếm 3,4%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 BN được chẩn đoán THK gối nguyên phát với 145 khớp gối được nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải Phòng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh X quang khớp gối, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: Đặc điểm lâm sàng: đau khớp gối kiểu cơ học 100%, lẹo xương khi cử động 93,8%, cứng khớp 87,6%, thời gian cứng khớp đều dưới 30 phút, hạn chế chức năng 47,6%, dấu hiệu bào gối dương tính 69,7%, hạn chế gấp duỗi 35,9%, phì đại xương 40,7%, tràn dịch khớp 47,6%, kén khoeo 8,3%. Đặc điểm xét nghiệm máu và dịch khớp: đa số có bilan viêm âm tính, một tỷ lệ nhỏ có bilan viêm không đặc hiệu, RF âm tính 100%, rối loạn lipid máu 56,8%. Đặc điểm X quang: gai xương 87,6%, hẹp khe khớp 41,4%, đặc xương dưới sụn 38,6%, kén xương dưới sụn 6,9%. Phân loại giai đoạn tổn thương theo Kellgren/Lawrence (giai đoạn 0: 1,5%, giai đoạn 1: 6,2%, giai đoạn 2: 51%, giai đoạn 3: 37,9%, giai đoạn 4: 3,4%). Năm vững các dấu hiệu trên phim X quang và sự liên quan của chúng với các dấu hiệu lâm sàng chính của THK giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán mức độ bệnh và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hồng Hoa (1997)**. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh hư khớp gối, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y HN
2. **Nguyễn Văn Hùng (2018)**. Thoái hóa khớp. Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, 188 - 196.
3. **Altman RD (1991)**. Classification of disease: osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum, 20, 40-47.
4. **Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al (1988)**. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol, 15(12), 1833-1840.
5. **Cubukcu D, Sarsan A, Alkan H (2012)**. Relationship between pain, function and radiographic findings in osteoarthritis of the knee: A cross sectional study. Arthritis, 984060.
6. **Duncan R, Peat G, Thomas E, et al (2008)**. How do pain and function vary with compartmental distribution and severity of radiographic knee osteoarthritis Rheumatology, 47, 1704-1707.
7. **Lanyon P, O'Reilly S, Jones A, et al (1998)**. Radiographic assessment of symptomatic knee osteoarthritis in the community: definition and normal joint space Ann Rheum Dis, 57, 595-601.
8. **Rupprecht TN, Ocripka F, Luring C, et al (2007)**. Is there a correlation between the clinical, radiological and intrasurgical findings of osteoarthritis of the knee? A prospective study on 103 patients Z orthop Unfall, 145, 430-435.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Văn Ca*, Trương Đình Cẩm*

TÓM TẮT

Tổng quan: Trầm cảm thường gặp ở nhiều bệnh nội khoa mạn tính, trong đó có đái tháo đường typ 2, làm nặng thêm triệu chứng của bệnh cơ thể. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả cắt ngang trên 202 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Khoa Tim mạch - Nội tiết và khoa Nội Cán bộ, Bệnh viện Quân y 175 được khám, đánh giá các triệu chứng trầm cảm, tiến hành trắc nghiệm tâm lý Beck. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là 30,7%, trong đó 17,7% trầm cảm mức độ nặng, 59,7% trầm cảm mức độ trung bình 59,7% và 22,6% trầm cảm mức độ nhẹ. Triệu chứng của trầm cảm biểu hiện ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 với các tỷ lệ khác

nau, trong đó các triệu chứng chính xuất hiện với tỷ lệ cao: 78,6% giảm khí sắc, 89,2% mất ngủ, 92,9% mệt mỏi, giảm năng lượng. **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp bằng chứng về tỷ lệ xuất hiện, đặc điểm các triệu chứng, mức độ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

Từ khóa: Trầm cảm, đái tháo đường typ 2, trắc nghiệm tâm lý Beck.

SUMMARY

EVALUATING SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSION IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Background: Depression is common in many patients suffering from chronic internal diseases, such as diabetes type 2, deteriorating their symptoms. **Object:** To investigate some clinical characteristics of depression in patients with type 2 diabetes. **Methods:** 202 patients with type 2 diabetes who were treated at Department of Cardiology - Endocrinology and Department of Internal Official, Military Hospital 175 were assessed for depressive symptoms, test Beck. **Results:** The rate of depression in patients with type 2 diabetes is 30.7%, of which the level of depression

*Bệnh viện quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

is: severe 17,7%, average 59,7% and mild 22,6 %. Symptoms of depression appear quite common in patients with type 2 diabetes with different rates, in which the main symptoms appear with high incidence: depressive mood accounts for 78,6%, insomnia accounts for 89,2%, fatigue, decreased energy accounts for 92,9%, common symptoms also appear with high rates. **Conclusion:** The study provides evidence of the incidence, characteristics of symptoms and severity of depression in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Depression, type 2 diabetes, Beck test

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm đang có xu hướng tăng trong những năm gần đây, đồng thời trầm cảm cũng là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến mất khả năng và tàn phế đáng hàng thứ tư trên thế giới [5]. Nhiều bệnh nội khoa mạn tính có thể gây ra rối loạn trầm cảm, ngược lại triệu chứng của bệnh cơ thể thường bị nặng lên khi có mặt của trầm cảm. Trầm cảm không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến tiền triển và tiền lượng lâu dài của bệnh nhân như nguy cơ tử vong, nguy cơ xảy ra biến chứng, mắc bệnh kết hợp và tăng việc sử dụng dịch vụ y tế. Trầm cảm thường xuất hiện ở các bệnh nội khoa mạn tính như bệnh lý ung thư, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, đái tháo đường,... Trên thế giới đã có các nghiên cứu về rối loạn trầm cảm và lo âu ở các bệnh nội khoa, đặc biệt là bệnh đái tháo đường týp 2 [6], [7]. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu phân tích, tìm hiểu đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. Xuất phát từ vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 202 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đái tháo đường týp 2 theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (2015), điều trị nội trú tại Khoa Nội Cán bộ và Khoa Tim mạch – Nội tiết, BVQY 175 từ tháng 7 năm 2017 - tháng 12 năm 2018, đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ các xét nghiệm theo yêu cầu của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đái tháo đường tuýp 1, đái tháo đường ở phụ nữ mang thai.
- Bệnh nhân có rối loạn ý thức, không có khả năng trả lời được các câu hỏi 1 cách chính xác.

3.2. Đặc điểm các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2

3.2.1. Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm

- Bệnh nhân bỏ tham gia nghiên cứu, không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

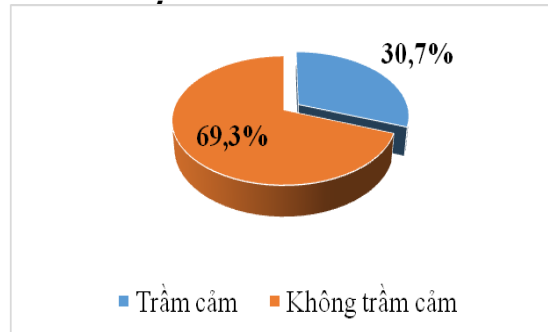
- **Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu mô tả cắt ngang.
- **Tiến hành nghiên cứu:** khai thác bệnh sử (qua người bệnh và người hộ tống); khám lâm sàng, ghi nhận và đánh giá các triệu chứng, biến chứng của trầm cảm và đái tháo đường; bệnh nhân tiến hành trắc nghiệm tâm lý Beck.

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm thống kê Stata IC 13.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ và mức độ trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu

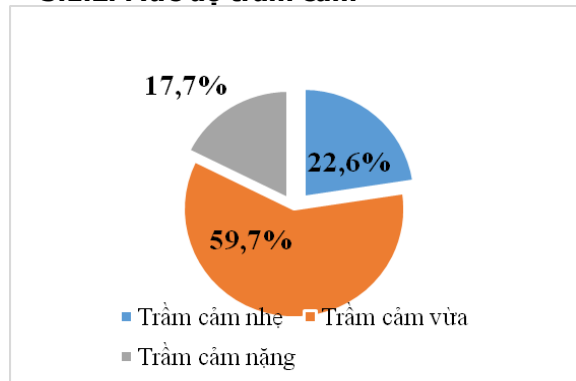
3.1.1. Tỷ lệ trầm cảm



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: tỷ lệ trầm cảm chiếm 30,7% ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

3.1.2. Mức độ trầm cảm



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mức độ trầm cảm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: kết quả lượng hóa mức độ trầm cảm theo trắc nghiệm tâm lý Beck cho thấy bệnh nhân trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ 22,6%, trầm cảm vừa chiếm tỷ lệ 59,7% và trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ 17,7%.

Bảng 1. Các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm ở các mức độ trầm cảm

Triệu chứng	Nhẹ (n=14)		Vừa (n=37)		Nặng (n=11)		p
	n	%	n	%	n	%	
Khí sắc trầm	11	78,6	34	91,9	10	90,9	0,29
Mất quan tâm thích thú	14	100,0	33	89,2	10	90,9	0,35
Mệt mỏi, giảm năng lượng	13	92,9	36	97,3	11	100,0	0,31

Nhận xét: Các triệu chứng chủ yếu này gặp ở hầu hết bệnh nhân đái tháo đường với tỷ lệ cao từ 78 % trở lên, chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xuất hiện của ba triệu chứng trên ở các mức độ trầm cảm ($p > 0,05$).

3.2.2. Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm

Bảng 2. Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm ở các mức độ trầm cảm

Triệu chứng	Trầm cảm nhẹ (n=14)		Trầm cảm vừa (n=37)		Trầm cảm nặng (n=11)		p
	n	%	n	%	n	%	
Giảm sút tập trung và sự chú ý	10	71,4	30	81,1	8	72,7	0,86
Giảm sút tính tự trọng và niềm tin	2	14,3	12	32,4	2	18,2	0,7
Y tưởng tự tử và không xứng đáng	0	0,0	3	8,1	4	36,4	0,007
Nhìn tương lai ảm đạm và bi quan	6	42,9	27	72,9	7	63,6	0,21
Y tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát	9	64,3	33	89,2	10	90,9	0,053
Rối loạn giấc ngủ	12	85,7	32	86,5	10	90,9	0,72
Rối loạn ăn uống	10	71,4	26	70,3	10	90,9	0,32

Nhận xét: bảng 3.2 cho thấy 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm theo ICD-10 xuất hiện trên bệnh nhân đái tháo đường với các tỷ lệ khác nhau. Trong đó, triệu chứng ý tưởng bị tội và không xứng đáng là triệu chứng liên quan đến mức độ nặng của trầm cảm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ và mức độ trầm cảm ở nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá tỷ lệ trầm cảm, mức độ trầm cảm và sự xuất hiện các triệu chứng của trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Để có cái nhìn tổng thể và khách quan về vấn đề này, chúng tôi khám lâm sàng đánh giá sự xuất hiện các triệu chứng trầm cảm, đồng thời phân tích theo hướng đánh giá mức độ trầm cảm và lượng hóa mức độ trầm cảm bằng trắc nghiệm tâm lý Beck.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 30,7% BN đái tháo đường type 2 có trầm cảm, trong đó kết quả lượng hóa mức độ trầm cảm dựa trên trắc nghiệm tâm lý Beck chỉ ra bệnh nhân trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ 22,6%, trầm cảm vừa chiếm 59,7% và 17,7% trầm cảm nặng.

Một số nghiên cứu trước đây của các tác giả nước ngoài cũng ghi nhận tỷ lệ trầm cảm cao ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Trong nghiên cứu của Bruce và cs (2016), tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 chiếm 12,5%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (4,3%) [8]. Nghiên cứu của Roy T. và Lloyd C.E. (2012) cũng ghi nhận tỷ lệ 19,2% bệnh nhân đái tháo đường type 2 mắc trầm cảm [9], điều này cho thấy sự phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

So sánh với một số kết quả nghiên cứu trong nước về đặc điểm trầm cảm ở một số bệnh lý nội khoa: nghiên cứu của Ngô Tích Linh và cs khảo sát trầm cảm trên BN viêm gan siêu vi C mạn tính, kết quả trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 64%, tiếp đến trầm cảm vừa là 24,4%, chỉ 6,6% bị trầm cảm nặng [1]. Theo Bùi Quang Huy (2016) trầm cảm ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính chiếm tới 17% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân về đặc điểm trầm cảm ở 30 BN bị tai biến mạch máu não cũng ghi nhận trầm cảm gặp chủ yếu ở mức độ nhẹ 63,4%, mức độ vừa 36,6% và không có mức độ nặng [3].

4.2. Đặc điểm các triệu chứng trầm cảm ở nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự xuất hiện của các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm với tỷ lệ cao từ 78% trở lên. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Hữu Bình về đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên bệnh nhân bệnh lý dạ dày – ruột cũng nhận thấy triệu chứng khí sắc trầm gặp 65 – 87,3%, mất mọi quan tâm thích thú gặp 90,7%, giảm năng lượng, tăng mệt mỏi, giảm hoạt động gặp 80% [4].

Trầm cảm ngoài ba triệu chứng chủ yếu còn có 7 triệu chứng phổ biến. Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy trên BN bị đái tháo đường type 2 có trầm cảm thì các triệu chứng phổ biến

xuất hiện với tỷ lệ cao, trong đó triệu chứng rối loạn giấc ngủ chiếm 85,7%, triệu chứng ý tưởng tự tội không xứng đáng biểu hiện tăng dần ở ba mức độ trầm cảm có ý nghĩa thống kê, từ 0% ở trầm cảm nhẹ tăng lên 8,1%, 36,4% với trầm cảm vừa và trầm cảm nặng. Nghiên cứu của Trần Hữu Bình về đặc điểm trầm cảm ở bệnh lý dạ dày - ruột cũng cho thấy tỷ lệ triệu chứng rối loạn giấc ngủ gặp 88,8% [4].

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận bằng chứng tăng dần tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng của trầm cảm theo mức độ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ xuất hiện trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 là 30,7%, trong đó chủ yếu là trầm cảm mức độ nhẹ (22,6%) và trầm cảm mức độ vừa (59,7%).

- Các triệu chứng chủ yếu và phổ biến của hội chứng trầm cảm xuất hiện với tỷ lệ cao ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có trầm cảm, trong đó triệu chứng ý tưởng bị tội và không xứng đáng là triệu chứng có sự liên quan đến mức độ của trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Tích Linh, Nguyễn Hữu Chí, Hồ Thị Yến Phi (2010), "Khảo sát triệu chứng trầm cảm trên bệnh

nhân viêm gan siêu vi C trước điều trị đặc hiệu". Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 1(14), 435-438.

2. Bùi Quang Huy (2016), "Rối loạn trầm cảm", Nhà xuất bản Y học, 163-171
3. Nguyễn Thị Vân (2002), "Đặc điểm rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân tai biến mạch não do tăng huyết áp". Y học Thực hành, 11, 27-28.
4. Trần Hữu Bình (2004), "Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở những người có bệnh lý dạ dày-ruột thực thể và chức năng". Luận án Tiến sĩ Y học.
5. Murray C.J., Lopez A.D. (1996) "Evidence-based health policy--lessons from the global burden of disease study". Science. 274:740-743.
6. Chew B.H., Vos R., Mohd-sidik S. (2016), "Diabetes-related distress, depression and distress-depression among adults with type 2 diabetes mellitus in Malaysia" PLoS One. 11(3)
7. Subramaniam M., Abdin E., Vaingankar J.A. (2017), "Comorbid diabetes and depression among older adult - prevalence, correlates, disability and health care utilisation", Ann Acad Med Singapore, 46(3): 91-101.
8. Bruce D.G., Davis W.A., Hunter M.L. et al (2016), "Lifetime depression history and depression risk in type 2 diabetes", J Diabetes Complication, 30(1): 38-42.
9. Roy T., Liroyd C.E. (2012), "Epidemiology of depression and diabetes: asystematic review", J Affect Disord, 142: 8-21.

Kiến thức và thực hành về tiêm chủng mở rộng của các bà mẹ có con đủ 12 tháng tuổi tại huyện Kim Động, Hưng Yên năm 2018

Vũ Hải Vinh^{1,2}, Phạm Minh Khuê²

TÓM TẮT

Việc tìm hiểu thực trạng kiến thức và thực hành về tiêm chủng mở rộng (TCMR) của các bà mẹ là cần thiết để có thể cải thiện hiệu quả của chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu quan trọng này. Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên các bà mẹ có con đủ 12 tháng tuổi tại huyện Kim Động, Hưng Yên năm 2018 nhằm đánh giá kiến thức, thực hành của các đối tượng này, cũng như các yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức về các bệnh lao, ho gà và bạch hầu khá cao (79,0%, 68,3% và 63,2%), 57,3% các bà mẹ biết lịch tiêm

chủng vắc xin BCG, 88,8% biết trẻ có thể có sốt sau khi tiêm chủng. Tuy nhiên, vẫn cần tiếp tục truyền thông, nâng cao hiểu biết của người dân về chương trình TCMR. Các yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ bao gồm tuổi của mẹ > 30, trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, thứ tự con là con thứ nhất hoặc thứ hai trong gia đình, con sinh ra đủ tháng, con không mắc các bệnh bẩm sinh, số lần ốm trong năm ≤ 2 lần và số lần đi bệnh viện khám và điều trị ≤ 2 lần (OR (95% CI) lần lượt là 3,5 (1,6-7,5), 9,7 (3,3-27,3), 3,5 (1,6-7,5), 4,9 (2,1-11,0), 0,04 (0,01-0,13), 5,0 (1,2-43,7) và 5,3 (2,5-11,5), p < 0,05). Từ đó, các nhà quản lý có thể xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp để cải thiện hiệu quả của chương trình TCMR.

Từ khóa: kiến thức, thực hành, tiêm chủng mở rộng, vắc xin, bà mẹ, trẻ em, Hưng Yên.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRATICE ON THE EXTENDED IMMUNIZATION PROGRAM IN MOTHERS HAVING CHILDREN AGED 12 MONTH-OLD AT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hải Vinh

Email: vinhvuhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

KIM DONG DISTRICT, HUNG YEN IN 2018

Assessing the status of mothers' knowledge and practice on the expanded immunization (EPI) is necessary to improve the effectiveness of this important primary health care program. A descriptive cross-sectional study was conducted on mothers having children aged 12 month-old at Kim Dong district, Hung Yen in 2018 to assess the knowledge and practice of these subjects, as well as its related factors. The study results showed that the percentage of mothers having good knowledge on tuberculosis, pertussis and diphtheria was high (79,0%, 68,3% and 63,2%), 57,3% well knew the BCG vaccination schedule, 88,8% knew that their children can have a fever after vaccination. However, there is still a need to continue communication activities and improve people's understanding on EPI program. Factors related to the children's complete immunization included maternal age > 30 year-old, education level ≥ high school, being first or second child in the family, full term birth child, having not any congenital diseases, number of sick times ≤ 2 in the year and the number of times going to the hospital ≤ 2 times (OR (95% CI): 3,5 (1,6-7,5), 9,7 (3,3-27,3), 3,5 (1,6-7,5), 4,9 (2,1-11,0), 0,04 (0,01-0,13), 5,0 (1,2-43,7) and 5,3 (2,5-11,5) respectively, $p < 0,05$). Therefore, managers/leaders can base on these results to develop an appropriate intervention plan to improve the effectiveness of the EPI program.

Keywords: knowledge, practice, immunization program, vaccine, mother, children, Hung Yen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm chủng mở rộng (TCMR) là một chương trình quan trọng, được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo và Bộ Y tế Việt Nam triển khai từ nhiều năm nay. Việc triển khai TCMR đã mang lại nhiều thành quả đáng khích lệ trong việc bảo vệ trẻ em tránh khỏi các bệnh truyền nhiễm phổ biến, giảm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong và tàn tật ở trẻ [1]. Đây là một trong những nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu được ưu tiên hàng đầu trên thế giới, cũng như tại Việt Nam. Ước tính hàng năm, có hàng triệu trẻ em trên thế giới được cứu sống nhờ hiệu quả của CTTCMR [2]. Tuy nhiên, hiệu quả của chương trình phụ thuộc khá nhiều vào trình độ hiểu biết, kiến thức và thực hành của các gia đình, đặc biệt là các bà mẹ [1,2]. Có 8 loại vắc xin nằm trong chương trình TCMR cho trẻ dưới 12 tháng tuổi hiện đang được áp dụng tại Việt Nam. Đó là các vắc xin BCG (lao), sabin (OPV, bại liệt), DPT-Hib (bạch hầu, ho gà, uốn ván, Haemophilus influenza type B), sởi và viêm gan vi rút B [2].

Tại huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên, một huyện có dân số 111.417 người, chương trình TCMR đã được triển khai từ nhiều năm nay ở 100% các xã, thị trấn trên địa bàn. Nhìn chung, tỷ lệ bao phủ tiêm chủng vắc xin tại đơn vị rất tốt, đạt > 90% các trẻ đủ 12 tháng tuổi. Tuy

vậy, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể các trẻ tiêm chủng vắc xin không đúng lịch [4]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu thực trạng kiến thức, thực hành về tiêm chủng mở rộng của các bà mẹ có con đủ 12 tháng tuổi tại huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu*****Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Các bà mẹ có con từ 12-23 tháng tuổi sống tại huyện Kim Động tính đến thời điểm điều tra, có khả năng nghe đọc, trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Trẻ em đủ 12-23 tháng tuổi, tính đến thời điểm điều tra.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Trẻ không trong độ tuổi nghiên cứu, không sử dụng vắc xin trong CTTCMR;

- Trẻ đã chuyển đi vùng khác;

- Trẻ vắng nhà, trẻ ốm nằm viện;

- Mẹ trẻ từ chối không tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 đến tháng 10/2018.

3. Địa điểm nghiên cứu: huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên.

4. Phương pháp nghiên cứu

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

4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu;

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số giới hạn tin cậy. Với $\alpha=0,05$, $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$;

- p: Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ là 95,9% [6];

- d: Sai số tương đối, chọn $d=0,02$;

Thay vào công thức ta có cỡ mẫu $n=377$, với khoảng 10% đối tượng không đồng ý hoặc bỏ cuộc, ta có $n=414$.

4.3. Phương pháp chọn mẫu. Chọn ngẫu nhiên các xã, thị trấn của huyện để có được cỡ mẫu cần thiết. Sau khi chọn ngẫu nhiên 03 xã, thị trấn của huyện Kim Động là xã Chính Nghĩa, xã Song Mai và thị trấn Lương Bằng có 465 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tiến hành điều tra tổng số cặp mẹ-con trên địa bàn 03 xã, thị trấn nói trên.

4.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Bảng hỏi phỏng vấn được thiết kế dựa trên các nghiên cứu trước đó, có tham khảo ý kiến của các chuyên gia về lĩnh vực tiêm chủng mở rộng.

- Điều tra viên sử dụng bảng hỏi phỏng vấn các bà mẹ để thu thập thông tin.

- Thu thập thông tin trên phiếu tiêm chủng, sổ quản lý tiêm chủng của trẻ (nếu có), quan sát, đo kích cỡ sẹo tiêm phòng lao.

5. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập dưới dạng dấu tên, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 (Epidata Association, Đan Mạch) và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0 (StataCorp LLC, Hoa Kỳ). Tiến hành so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

6. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng duyệt đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua. Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung nghiên cứu, được đặt các câu hỏi và nhận được các câu trả lời đầy đủ về nghiên cứu, có thời gian suy nghĩ và hoàn toàn tự nguyện khi lựa chọn đồng ý hay từ chối tham gia nghiên cứu. Thông tin được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nội dung nghiên cứu được Trung tâm Y tế huyện Kim Động thông qua và cho phép tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kiến thức và thực hành về tiêm chủng mở rộng của các bà mẹ có con đủ 12 tháng tuổi tại huyện Kim Động năm 2018

Bảng 1. Kiến thức và thực hành về TCMR của các bà mẹ có con đủ 12 tháng tuổi tại huyện Kim Động năm 2018.

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Biết các loại bệnh phòng được trong TCMR		
Tất cả 8 bệnh trong TCMR	13	3,2
Bệnh lao	324	79,0
Bệnh bạch hầu	259	63,2
Bệnh ho gà	280	68,3
Bệnh uốn ván	121	29,5
Bệnh do Haemophilus influenza B	13	3,2
Bệnh bại liệt	57	13,9
Bệnh sởi	142	34,6
Bệnh viêm gan vi rút B	14	3,4
Biết về lịch tiêm chủng trong TCMR		

2. Một số yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ.

Yếu tố liên quan		Tiêm chủng		P	OR (95% CI)
		Đầy đủ	Không đầy đủ		
Tuổi mẹ	≤ 30 tuổi	253	14	< 0,05	3,5 (1,6-7,5)
	> 30 tuổi	120	23		
Địa dư	Thị trấn	99	8	> 0,05	
	Nông thôn	273	29		
Nghề nghiệp	Công nhân, viên chức	124	7	> 0,05	
	Khác	218	30		
Học vấn	PTTH trở lên	361	28	< 0,05	9,7

Vắc xin BCG	235	57,3
Vắc xin DPT-Hib	108	26,3
Vắc xin bại liệt	109	26,6
Vắc xin viêm gan vi rút B	98	23,9
Vắc xin sởi	69	16,8
Biết về các dấu hiệu mà trẻ có thể gặp sau tiêm chủng		
Sốt	364	88,8
Sưng đỏ tại chỗ tiêm	198	48,3
Bỏ bú, chán ăn	43	10,5
Không biết	2	0,5
Biết về các trường hợp trẻ vẫn được tiêm chủng		
Trẻ có sốt nhẹ	139	33,9
Trẻ suy dinh dưỡng	177	43,2
Trẻ đang mọc răng	208	50,7
Trẻ ho, sổ mũi nhưng không sốt	56	13,7
Tổng	410	100

Trong số các bệnh có thể phòng được trong TCMR cho trẻ dưới 12 tháng tuổi, tỷ lệ các bà mẹ có hiểu biết về bệnh lao, ho gà và bạch hầu khá cao, chiếm lần lượt 79,0%, 68,3% và 63,2%; tỷ lệ các bà mẹ có hiểu biết về Haemophilus influenza type B (Hib) là thấp nhất; chỉ có 3,2% các bà mẹ biết về tất cả 8 loại bệnh có thể phòng được trong TCMR. Tỷ lệ các bà mẹ biết về lịch tiêm chủng vắc xin BCG khá cao, chiếm 57,3%; các loại vắc xin bại liệt, PDT-Hib và viêm gan vi rút B khá thấp, chiếm lần lượt 26,6%, 26,3% và 23,9%; thấp nhất là vắc xin sởi, chiếm 16,8%. Khảo sát về các dấu hiệu có thể gặp sau tiêm chủng, 88,8% các bà mẹ biết rằng trẻ có thể bị sốt, 48,3% biết trẻ có thể sưng đỏ tại chỗ tiêm, chỉ có 0,5% các bà mẹ không biết về bất kỳ dấu hiệu nào mà trẻ có thể gặp sau tiêm chủng. Về các trường hợp mà trẻ vẫn được tiêm chủng, 50,7% bà mẹ biết rằng trẻ mọc răng vẫn tiêm chủng được, 43,2% biết rằng trẻ suy dinh dưỡng vẫn tiêm chủng được, 33,9% biết rằng trẻ có sốt nhẹ vẫn tiêm chủng được, chỉ có 13,7% biết rằng trẻ có ho, sổ mũi nhưng không sốt vẫn tiêm chủng được.

	THCS trở xuống	12	9		(3,3-27,3)
Hôn nhân	Sống với chồng	362	34	> 0,05	
	Ly hôn, góa, đơn thân	11	3		
Kinh tế gia đình	Không phải hộ nghèo	363	36	> 0,05	
	Hộ nghèo, cận nghèo	10	1		
Khoảng cách tới trạm y tế	< 1 km	35	3	> 0,05	
	≥ 1 km	338	34		
Số con trong gia đình	≤ 2 con	316	23	> 0,05	
	> 2 con	57	14		
Thứ tự con	Thứ nhất, thứ hai	312	22	< 0,05	3,5 (1,6-7,5)
	Thứ ba trở lên	61	15		
Giới tính con	Nữ	173	14	> 0,05	
	Nam	200	23		
Con đủ tháng	Có	336	24	< 0,05	4,9 (2,1-11,0)
	Không	37	13		
Mắc bệnh bẩm sinh	Có	6	10	< 0,05	0,04 (0,01-0,13)
	Không	367	37		
Phản ứng nặng sau tiêm	Có	8	1	> 0,05	
	Không	365	36		
Số lần ốm trong năm	≤ 2 lần	83	2	< 0,05	5,0 (1,2-43,7)
	> 2 lần	290	35		
Số lần đi bệnh viện	≤ 2 lần	306	17	< 0,05	5,3 (2,5-11,5)
	> 2 lần	67	20		

Tiến hành đánh giá các yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ cho thấy không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ và các yếu tố về địa dư nơi sinh sống, nghề nghiệp của mẹ, tình trạng hôn nhân của mẹ, tình trạng kinh tế của gia đình, khoảng cách đến trạm y tế, số con trong gia đình, giới tính của con hay việc có hay không xuất hiện phản ứng nặng sau tiêm chủng.

Ngược lại, có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ với các yếu tố tuổi của mẹ > 30, trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, thứ tự con là con thứ nhất hoặc thứ hai trong gia đình, con sinh ra đủ tháng, con không mắc các bệnh bẩm sinh, số lần ốm trong năm ≤ 2 lần và số lần đi bệnh viện khám và điều trị ≤ 2 lần với OR (95% CI) lần lượt là 3,5 (1,6-7,5), 9,7 (3,3-27,3), 3,5 (1,6-7,5), 4,9 (2,1-11,0), 0,04 (0,01-0,13), 5,0 (1,2-43,7) và 5,3 (2,5-11,5), $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tiêm chủng mở rộng là một chương trình y tế quan trọng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, giúp giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tàn tật do các bệnh truyền nhiễm thường gặp. Một trong các yếu tố có vai trò quyết định việc trẻ có hay không được tiêm chủng đầy đủ là kiến thức và thực hành của các bà mẹ.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ các bà mẹ biết rằng các bệnh lao, ho gà và bạch hầu

là các bệnh có thể phòng được bằng cách tiêm chủng là khá cao (chiếm lần lượt 79,0%, 68,3% và 63,2%), còn lại các bệnh khác đều khá thấp (dao động từ 3,2-34,6%). Có 57,3% các bà mẹ có hiểu biết về lịch tiêm chủng vắc xin BCG, trong khi tỷ lệ các bà mẹ biết lịch tiêm chủng các vắc xin khác còn khá thấp (< 26,6%). Về các dấu hiệu mà trẻ có thể gặp sau khi tiêm chủng, 88,8% các bà mẹ biết trẻ có thể xuất hiện phản ứng sốt, ít bà mẹ biết các phản ứng khác như sưng đỏ chỗ tiêm (48,3%), bỏ bú, chán ăn (10,5%). Tỷ lệ hiểu biết của các bà mẹ về các dấu hiệu mà trẻ vẫn có thể đi tiêm chủng được như sốt nhẹ, suy dinh dưỡng, đang mọc răng hay trẻ ho, sổ mũi nhưng không sốt... thấp. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác đã tiến hành trước đây [3,5,7,8]. Điều này cho thấy, mặc dù nước ta đã có rất nhiều thành công trong việc triển khai công tác TCMR, chúng ta vẫn cần phải tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe để nâng cao hiểu biết của người dân, đặc biệt là người dân các vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa về lợi ích và tầm quan trọng của công tác TCMR.

Kết quả khảo sát về các yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ cho thấy có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa trẻ tiêm chủng đầy đủ và tuổi của mẹ > 30, trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, thứ tự con là con thứ nhất hoặc thứ hai trong gia đình, con sinh ra đủ tháng, con không mắc các bệnh bẩm

sinh, số lần ốm trong năm ≤ 2 lần và số lần đi bệnh viện khám và điều trị ≤ 2 lần (OR (95% CI) lần lượt là 3,5 (1,6-7,5), 9,7 (3,3-27,3), 3,5 (1,6-7,5), 4,9 (2,1-11,0), 0,04 (0,01-0,13), 5,0 (1,2-43,7) và 5,3 (2,5-11,5), $p < 0,05$). Đây là căn cứ khoa học giúp các nhà quản lý xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp, nhằm cải thiện tỷ lệ trẻ được tiêm chủng đầy đủ tại địa phương.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù đã gặt hái được nhiều thành công đáng khích lệ, chương trình TCMR tại địa bàn huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên vẫn cần tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe để người dân có kiến thức tốt hơn nữa về TCMR, từ đó cải thiện thực hành TCMR của các gia đình cho trẻ. Các kết quả về các yếu tố liên quan đến việc trẻ được tiêm chủng đầy đủ trong nghiên cứu này là căn cứ khoa học để các nhà quản lý xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp với thực trạng tại địa phương, nhằm cải thiện hiệu quả của chương trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Báo cáo tóm tắt thành tích về hoạt động sau 10 năm thực hiện đường lối đổi mới. Hội nghị toàn quốc Y tế dự phòng. Nhà xuất bản Giáo dục.

Hà Nội, 2013.

2. **Dự án Tiêm chủng mở rộng Quốc gia.** Tài liệu hướng dẫn tiêm chủng mở rộng. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2008.
3. **Dương Thị Hồng.** Thực trạng chất lượng TC mở rộng và đánh giá một số giải pháp can thiệp tại tuyến xã huyện Đà Bắc - tỉnh Hoà Bình, năm 2007 - 2008. Luận án Tiến sĩ Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương, 2009.
4. **Đội Y tế Dự phòng,** Trung tâm Y tế Kim Động. Báo cáo kết quả thực hiện công tác tiêm chủng mở rộng huyện Kim Động, Hưng Yên giai đoạn 2012-2017.
5. **Hoàng Diệu Linh.** Thực trạng và kiến thức, thực hành của các bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi về tiêm chủng mở rộng tại xã Quốc Tuấn, huyện An Lão, Hải Phòng năm 2016.
6. **Phan Lê Thu Hằng, Lê Chí Thiện.** Kiến thức và thực hành của các bà mẹ có con đủ 12 tháng tuổi về tiêm chủng mở rộng tại huyện Thanh Hà, Hải Dương năm 2014-2015. Tạp chí Y học Dự phòng, 2016; 26(5): 178.
7. **Nguyễn Phúc Duy.** Tìm hiểu kiến thức và thái độ thực hành về tiêm chủng mở rộng của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi ở huyện miền núi Nam Đông tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011.
8. **Nguyễn Thị Lý.** Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch của trẻ dưới 1 tuổi tại thị xã Chí Linh tỉnh Hải Dương năm 2016. Luận văn tốt nghiệp cao học Y học dự phòng, Đại học Y Hà Nội, 2016.

KẾT QUẢ NUÔI CẤY TẾ BÀO GỐC TỦY XƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LIỆT TỦY HOÀN TOÀN

Nguyễn Đình Hòa*, Đoàn Thị Ngọc Hà**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và những đặc tính tế bào gốc tủy xương của bệnh nhân chấn thương cột sống (CTCS) liệt tủy hoàn toàn. **Đối tượng nghiên cứu:** 42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là chấn thương cột sống có liệt tủy hoàn toàn được mổ tại bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Một số chỉ số đánh giá tủy xương của các bệnh nhân nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường. Theo độ tuổi, số lượng tế bào có nhân (SLTBCN), số lượng tế bào đơn nhân (SLTBĐN), ở nhóm tuổi từ 17 - 30 cao hơn so với nhóm tuổi 31. Sau phân lập, lượng tế bào có nhân, đơn nhân và tỉ lệ tế bào CD34(+) sống sót tăng lên đáng kể. Lượng tế bào có nhân tăng từ 27.93 ± 2.26 đến 52.56 ± 21.83 (G/l) sau tách, tế bào đơn nhân tăng từ 9.69 ± 0.65 đến 25.85 ± 1.46 (G/l) sau tách. Hồng cầu, huyết sắc tố giảm đi rất nhiều. Nồng độ

HCT gần như dưới ngưỡng đo đặc, tiểu cầu vẫn còn khá nhiều. Nồng độ tế bào có nhân (TBCN) trong khối TBG là 52.56 ± 21.83 G/l (từ 17.4 - 120 G/l), trong đó, tế bào đơn nhân (MNC) là 25.85 ± 1.46 chiếm tỉ lệ 52.20 ± 1.34 , còn lại là bạch cầu hạt. Số lượng hồng cầu (HC) và lượng huyết sắc tố (HST) còn lại trong khối TBG là không đáng kể. Tuy nhiên, tỉ lệ tiểu cầu còn lại rất nhiều. Tỷ lệ tế bào sống trung bình là 77.12%. **Kết luận:** Các quy trình thu gom dịch tủy xương, quy trình xử lý tách chiết cô đặc khối tế bào gốc được đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối. Sự biệt hóa của tế bào gốc tủy xương là khá đáng kể.

Từ khóa: Tế bào gốc, tủy xương

SUMMARY

RESULTS OF NUTURING BONE MARROW STEM CELL IN PATIENTS WITH COMPLETE SPINAL CORD INJURY

Purpose: Description of bone marrow stem cell characteristics in patients with complete spinal cord injury. **Subjects of the study:** 42 patients were diagnosed with complete spinal cord injury and were operated at Viet Duc Hospital since the project's approval. **Results:** The number of bone marrow assessment indicators of the study patients are within

*Bệnh viện Việt Đức

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020

normal limits. By age, the number of nuclear cells and mononuclear cells in the age group from 17-30 years is higher than the age group of 31. After isolation, the number of nuclear and mononuclear cells and the number of CD34 (+) survived increased significantly. The number of nuclear cells increased from 27.93 ± 2.26 to 52.56 ± 21.83 (G/l) after separation, monocytes increased from 9.69 ± 0.65 to 25.85 ± 1.46 (G/l) after separation. Red blood cells, hemoglobin greatly reduced. HCT concentration is almost below the measurement threshold, platelets are still quite a lot. The nuclear cell concentration in the stem cell block was 52.56 ± 21.83 G / l (from 17.4 to 120 G / l), in which, mononuclear cells (MNC) were 25.85 ± 1.46 , accounting for 52.20 ± 1.34 , the remaining are granulocytes. The number of red blood cells (HC) and the amount of hemoglobin (HST) remaining in the stem cell block are negligible. However, the percentage of platelets is very much. The median survival rate is 77.12%. **Conclusion:** The process of extraction and concentration of stem cells is guaranteed to be absolutely sterile. The differentiation of stemcell block is reasonable

Keywords: Stem cells, bone marrow

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực tế cho thấy chấn thương cột sống liệt tủy hoàn toàn là một bệnh lý nan giải, cho dù được phẫu thuật giải phóng chèn ép, cố định cột sống kịp thời, phục hồi chức năng đầy đủ vẫn để lại nhiều di chứng nặng nề cho bệnh nhân như liệt vận động, cảm giác hoàn toàn, đại tiểu tiện không tự chủ, loét tỷ đè tái diễn, nhiễm trùng tiết niệu tái diễn, bệnh nhân mặc cảm phải phụ thuộc vào người chăm sóc, rối loạn tâm thần kinh ở nhiều mức độ khác nhau, rất ít khả năng tái hòa nhập cộng đồng, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Nghiên cứu ứng dụng tế bào gốc, cụ thể là TBGTM tủy xương tự thân phối hợp điều trị CTCS có liệt tủy hoàn toàn mở ra một hướng mới với hy vọng mới cho BN. Các nghiên cứu thực nghiệm cũng như lâm sàng trên thế giới đều cho thấy sự an toàn cũng như giá trị nhất định trong việc phục hồi liệt vận động, cảm giác, chức năng cơ thắt cho bệnh nhân. Tuy vậy, để đảm bảo sự an toàn và hiệu quả cao trong quá trình cấy ghép, khối tế bào gốc tủy xương phải được tách, phân lập và nuôi cấy nghiêm ngặt. Chính vì vậy chúng tôi giới thiệu bài báo: "Kết quả nuôi cấy tế bào gốc tủy xương của bệnh nhân chấn thương cột sống liệt tủy hoàn toàn"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là chấn thương cột sống có liệt tủy hoàn toàn được mổ ghép tế bào gốc tại bệnh viện Việt Đức từ khi phê duyệt đề tài.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện; chọn tất cả các BN được chẩn đoán chấn thương cột sống liệt tủy hoàn toàn sử dụng phương pháp mổ ghép tế bào gốc trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2013 – 6/2016.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng epi info 3.0 và SPSS 17.0

2.5. Quy trình tách rửa tế bào: Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ kit CS-900.2, sử dụng trên hệ thống máy tách tế bào tự động Sepax II của hãng Biosafe, Thụy Sĩ. Dịch tủy xương sau khi được đưa vào bộ kit sẽ trải qua chương trình tách bạch cầu đơn nhân của phần mềm cài đặt theo máy. Sau khi ly tâm phân lớp với dung dịch Ficoll và 2 chu kỳ rửa bằng nước muối sinh lý có chứa 2.5% albumin người, sản phẩm thu được là huyền dịch chứa khối tế bào gốc tủy xương trong 12ml huyết thanh mận đắng tương. Sau đó tiến hành:

- Lấy mẫu sau xử lý (1 ml),
- Đếm số lượng tế bào máu, tế bào gốc (CD34, CD 105, CD10), tỷ lệ tế bào sống chết. (bảng 1)

Khối TBGTX đã tinh sạch lưu trữ trong túi dẻo được bảo quản ở nhiệt độ phòng thí nghiệm (22-25°C) trong điều kiện vô trùng.

Khối TBGTX tự thân được ghép cho bệnh nhân trong vòng 10 giờ (càng sớm càng tốt) kể từ khi lấy dịch tủy xương để tránh các biến đổi tới chất lượng tế bào gốc tủy xương trong khối ghép.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đều được giải thích trước mổ về phương pháp và cách thức tiến hành điều trị bệnh. Họ tự nguyện ký cam kết chấp nhận điều trị. Những bệnh nhân không tham gia nghiên cứu sẽ không bị ép buộc và phân biệt đối xử về thái độ phục vụ. Hình thức tiến hành nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung về tế bào của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 Một số chỉ số về tủy xương của 42 đối tượng nghiên cứu

Chi số	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình (n=42) ($\bar{X} \pm SD$)
--------	------------------	------------------	---

SLTBCN (G/l)	19.4	144	65.22 ± 30.49
SLTBDN (G/l)	7.9	42.3	23.64 ± 9.15
HC (T/l)	1.23	167	7.56 ± 25.21
TC (G/l)	4.38	623	205.91 ± 108.15
HCT (L/l)	0.105	0.492	0.33 ± 0.08
HST (G/l)	48	192	126.50 ± 28.84
TLTB	0.27	4.01	1.48 ± 0.88

CD34(+)			
---------	--	--	--

Nhận xét: Một số chỉ số đánh giá tủy xương như số lượng tế bào có nhân (SLTBCN), số lượng tế bào đơn nhân (SLTBDN), số lượng tế bào hồng cầu (HC), tiểu cầu (TC), huyết sắc tố (HST), Hematocrit (HCT), tỷ lệ tế bào CD34(+) của các bệnh nhân nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 2. Một số chỉ số về tủy xương của đối tượng nghiên cứu phân bố theo nhóm tuổi

Chỉ số	N	Nhóm I (17 - 30) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm II (31 - 60) ($\bar{x} \pm SD$)	p
SLTBCN (G/l)	21	61.59 ± 6.59	68.85 ± 6.78	> 0,05
SLTBDN (G/l)	21	9.83 ± 1.03	9.54 ± 0,84	> 0,05
TLTBCD34(+) (%)	21	1.56 ± 0.211	1.40 ± 0.18	> 0,05

Nhận xét: Theo độ tuổi, số lượng tế bào có nhân (SLTBCN), số lượng tế bào đơn nhân (SLTBDN), ở nhóm tuổi từ 17 – 30 cao hơn so với nhóm tuổi 31

2. Số lượng tế bào có nhân, các thành phần tế bào và tỷ lệ tế bào sống trong khối TBG

Bảng 3. So sánh khối dịch tủy xương trước tách và sau tách

Chỉ số	Trước tách $\bar{x} \pm SD$ (n=42)	Sau tách $\bar{x} \pm SD$ (n=42)	p
Số lượng TBCN (G/l)	27.93 ± 2.26	52.56 ± 21.83	<0.01
MNC (G/l)	9.69 ± 0.65	25.85 ± 1.46	<0.01
TL MNC (%)	36.80 ± 0.10	52.20 ± 1.34	<0.01
HC (T/l)	3.75 ± 0.17	0.41 ± 0,69	<0.01
HST (g/l)	115.88 ± 4.95	10.09 ± 0.85	<0.01
TC (G/l)	164.83 ± 17.56	213.27 ± 84.85	>0.05
Tỷ lệ TB CD34(+) sống (%)	57.40 ± 2.72	77.12 ± 2.35	<0.01

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa của các chỉ số như số lượng TBCN, nồng độ tế bào đơn nhân (MNC), tỉ lệ tế bào đơn nhân, hồng cầu và tỉ lệ % tế bào CD34(+) sống sót. Sau phân lập, lượng tế bào có nhân, đơn nhân và tỉ lệ tế bào CD34(+) sống sót tăng lên đáng kể. Lượng tế bào có nhân tăng từ 27.93 ± 2.26 đến 52.56 ± 21.83 (G/l) sau tách, tế bào đơn nhân tăng từ 9.69 ± 0.65 đến 25.85 ± 1.46 (G/l) sau tách. Trong khi đó hồng cầu, huyết sắc tố giảm đi rất nhiều. Nồng độ HCT gần như dưới ngưỡng đo đạc. Tuy nhiên, tiểu cầu vẫn còn tồn tại khá nhiều.

Bảng 4. Số lượng tế bào có nhân, các thành phần tế bào và tỷ lệ tế bào sống trong khối TBG

Chỉ số	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất	$\bar{x} \pm SD$ (n=42)
Số lượng TBCN (G/l)	17.4	120	52.56 ± 21.83
MNC (G/l)	12.9	55.4	25.85 ± 1.46
TL MNC (%)	24.77	75.86	52.20 ± 1.34
HC (T/l)	0	3.08	0.41 ± 0,69
HST (g/l)	2	38	10.09 ± 0.85
TC (G/l)	0	3514	213.27 ± 84.85
Tỷ lệ TB CD34+ sống (%)	35	96	77.12 ± 2.35

Nhận xét: Nồng độ tế bào có nhân (TBCN) trong khối TBG là 52.56 ± 21.83 G/l (từ 17.4 - 120 G/l), trong đó, tế bào đơn nhân (MNC) là 25.85 ± 1.46 chiếm tỉ lệ 52.20 ± 1.34, còn lại là bạch cầu hạt. Số lượng hồng cầu (HC) và lượng huyết sắc tố (HST) còn lại trong khối TBG là không đáng kể. Tuy nhiên, tỉ lệ tiểu cầu còn lại rất nhiều. Tỷ lệ tế bào sống trung bình là 77.12%.

IV. BÀN LUẬN

Về số lượng tế bào, tỷ lệ và số lượng tế bào CD34(+) của dịch tủy xương trước

tách. Thể tích dịch tủy xương trước tách mà chúng tôi thu nhận được của 42 bệnh nhân là 150ml với số lượng tế bào có nhân (SLTBCN) là 27.93 ± 2.26G/L, trong đó tế bào đơn nhân (MNC) chiếm 36.80 ± 0.10%; số lượng hồng cầu (HC), lượng huyết sắc tố (HST) và số lượng tiểu cầu (TC) lần lượt là 3.75 ± 0.17 T/L, 115.88 ± 4.95 g/L, 164.83 ± 17.56 G/L (Bảng 3). So sánh với số lượng tế bào có nhân tủy xương trung bình của 42 bệnh nhân là 65.22 ± 30.49 G/L thì số lượng tế bào có nhân trong dịch tủy xương

trước tách giảm. Như vậy, mặc dù thể tích mỗi lần hút từ 2 – 4ml để giảm tối đa việc hòa loãng máu nhưng với tổng lượng dịch tủy xương 150ml đã hút vẫn bị hòa lẫn máu ngoại vi. Dịch tủy xương bị hòa loãng với chất chống đông cũng không đáng kể: 1.5ml heparin (1000IU/ml) + 150ml dịch tủy. Tỷ lệ tế bào CD34(+) trong dịch tủy xương trước tách là $1.48 \pm 0.88 \%$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 42 bệnh nhân được điều trị bằng ghép TBGTX đều được kiểm tra tuỷ đồ bằng phương pháp tế bào học kinh điển. Đồng thời chúng tôi cũng xác định tế bào CD34(+) có mặt ở tuỷ xương của bệnh nhân tại thời điểm trước nghiên cứu. Bảng 1 cho thấy giá trị trung bình của một số chỉ số đánh giá tủy xương như số lượng tế bào có nhân (SLTBCN), số lượng tế bào đơn nhân (SLTBĐN), số lượng tế bào hồng cầu (HC), tiểu cầu (TC), huyết sắc tố (HST), Hematocrit (HCT), tỷ lệ tế bào CD34(+) của các bệnh nhân nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường của người Việt Nam trưởng thành nên đảm bảo an toàn khi tiến hành chọc hút dịch tủy xương (Bảng 3) [1].

Tỷ lệ tế bào CD34(+) trong tủy xương của bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là $1.48 \pm 0.88\%$ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2012) [2] nghiên cứu trên 82 bệnh nhân khớp giả thân xương dài và 30 bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được điều trị bằng ghép TBG tuỷ xương tự thân có kết quả là: $0,66 \pm 0,27\%$. Mặc dù số lượng tế bào có nhân (SLTBCN) trong hai nghiên cứu là tương đương nhau và phương pháp xác định tế bào CD34(+) của hai nghiên cứu cùng sử dụng kỹ thuật theo quy trình ISHAGE và đếm trên cùng một hệ thống máy FASC – Calibur.

Tuy nhiên, khi quan sát các chỉ số này theo nhóm tuổi, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt trong các chỉ số về số lượng tế bào có nhân (SLTBCN), số lượng tế bào đơn nhân (SLTBĐN) và tỷ lệ tế bào CD34(+) ở hai nhóm I (17 – 30 tuổi) và nhóm II (31 – 60 tuổi). Theo độ tuổi, số lượng tế bào có nhân (SLTBCN), số lượng tế bào đơn nhân (SLTBĐN), ở nhóm tuổi từ 17 – 30 cao hơn so với nhóm tuổi 31 – 60. Tuy nhiên, tỷ lệ tế bào CD34(+) ở nhóm tuổi 17 – 30 thấp hơn so với nhóm tuổi 31 – 60. Mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, nó có mối tương quan nhất định đến số lượng tế bào gốc thu được sau phân lập.

Về hiệu quả phân lập tế bào gốc tủy xương của máy Sepax II.

Trong điều kiện thời gian phẫu thuật hạn chế và yêu cầu độ vô trùng cao, chúng tôi lựa chọn bóc tách dịch tủy xương bằng máy Sepax 2 với

quy trình khép kín trên nguyên tắc ly tâm gradient tỉ trọng. Các tế bào có cùng tỷ trọng sẽ phân thành từng lớp riêng rẽ khi có lực ly tâm tác dụng. Do các tế bào gốc có tỷ trọng tương đương với thành phần tế bào đơn nhân nên quá trình xử lý này giúp tập trung các tế bào gốc với đậm độ cần thiết trong một thể tích nhỏ phù hợp với độ lớn của vùng tổn thương cột sống.

Để đánh giá hiệu quả bóc tách của máy, chúng tôi tiến hành so sánh kết quả khối tế bào trước và sau bóc tách. Kết quả cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa của các chỉ số như số lượng TBCN, nồng độ tế bào đơn nhân (MNC), tỉ lệ tế bào đơn nhân, hồng cầu và tỉ lệ % tế bào CD34(+) sống sót. Sau phân lập, lượng tế bào có nhân, đơn nhân và tỉ lệ tế bào CD34(+) sống sót tăng lên đáng kể. Lượng tế bào có nhân tăng từ 27.93 ± 2.26 đến 52.56 ± 21.83 (G/l) sau tách, tế bào đơn nhân tăng từ 9.69 ± 0.65 đến 25.85 ± 1.46 (G/l) sau tách. Trong khi đó hồng cầu, huyết sắc tố giảm đi rất nhiều. Nồng độ HCT gần như dưới ngưỡng đo đạc. Tuy nhiên, tiểu cầu vẫn còn tồn tại khá nhiều (Bảng 3.14). Nồng độ tế bào có nhân (TBCN) trong khối TBG là 52.56 ± 21.83 G/l (từ 17.4 - 120 G/l), trong đó, tế bào đơn nhân (MNC) là 25.85 ± 1.46 chiếm tỉ lệ 52.20 ± 1.34 , còn lại là bạch cầu hạt (Bảng 3.15). Kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả trong nghiên cứu của tác giả Mehta và cộng sự (2002), P.Hernandez và CS [5],[3] sử dụng phương pháp ly tâm tỉ trọng sử dụng Ficoll-Paque. Việc bóc tách tế bào gốc tủy xương bằng ly tâm tỉ trọng sử dụng Ficoll-Paque làm giảm đáng kể chất lượng tế bào gốc thu nhận và ảnh hưởng chức năng mảnh ghép [6].

Số lượng hồng cầu (HC) và lượng huyết sắc tố (HST) còn lại trong khối TBG là rất thấp không đáng kể lần lượt là 0.41 ± 0.69 , 10.09 ± 0.85 . Tuy nhiên, tỉ lệ tiểu cầu còn lại rất nhiều. Tỷ lệ tế bào sống trung bình là 77.12%. Số lượng hồng cầu thấp là một chỉ tiêu quan trọng trong trường hợp cần bảo quản khối TBG thời gian lâu hơn cho việc sử dụng. Điều này góp phần lớn trong việc nghiên cứu quy trình bảo quản đông lạnh TBG tủy xương.

Khi so sánh hiệu quả của phương pháp tách tế bào đơn nhân từ dịch hút tủy xương trên máy Sepax II -Biosafe của chúng tôi và máy COM.TEC-Fresenius trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2012) [2], cả hai loại máy tách tế bào tự động này đều dựa trên nguyên tắc ly tâm gradient tỉ trọng. Nồng độ tế bào có nhân, tỷ lệ tế bào đơn nhân, số lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố, số lượng tiểu cầu trong khối tế bào gốc thu được từ hai máy là tương đương nhau.

Để kiểm tra độ vô khuẩn của sản phẩm khối tế bào gốc bóc tách, các mẫu TBG đều được kiểm tra vi khuẩn và vi nấm bằng phương pháp cấy khuẩn lạc. 100% mẫu cho kết quả âm tính. Theo dõi trên lâm sàng, 100% bệnh nhân cấy ghép không có những tác dụng không mong muốn nghiêm trọng như nổi mề đay, buồn nôn, đau đầu..., không có bệnh nhân nào có biểu hiện nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân. Chứng tỏ các quy trình thu gom dịch tủy xương, quy trình xử lý tách chiết cô đặc khối tế bào gốc được đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối. Khối tế bào gốc được ghép vào vị trí tổn thương đảm bảo an toàn về mặt vi khuẩn học. Các báo cáo sử dụng tế bào gốc tự thân tủy xương điều trị chấn thương cột sống đều không thấy có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn tại vị trí ghép và không có biến chứng nguy hiểm nào được ghi nhận [4][7][8].

V. KẾT LUẬN

- Thể tích khối tế bào gốc thu nhận: 7 ml
- Hiệu quả bóc tách: sau bóc tách, sản phẩm khối TBG chứa nhóm tế bào có nhân, tế bào đơn nhân và tỉ lệ tế bào CD34+ sống tăng lên đáng kể so với ban đầu ($p < 0.01$). Trong khi đó, nhóm tế bào hồng cầu, HST, bạch cầu hạt được loại bỏ đáng kể. Tuy nhiên, số lượng tiểu cầu còn lại khá lớn.
- Số lượng TB CD34+: Tỉ lệ tế bào CD34+ thu được $2.38 \pm 0.92\%$, nồng độ tế bào CD34+ thu được $1.71 \pm 0.51 \times 10^6$ TB/1ml. Số lượng tế bào này giảm theo tuổi nhưng không đáng kể.
- Quy trình tách chiết vô khuẩn tuyệt đối

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2003)**, "Các giá trị sinh học về huyết học", Các giá trị sinh học người Việt Nam bình thường thập kỷ 90 - thế kỷ 20. Nhà xuất bản Y học, Hà nội: tr. 73-78.
2. **Nguyễn Thanh Bình (2012)**. Nghiên cứu đặc tính và hiệu quả của khối tế bào gốc tự thân từ tủy xương trong điều trị một số tổn thương xương, khớp. Luận án tiến sĩ y học: Trường ĐH Y Hà Nội.
3. **Mehta J., Singhal S., Gordon L. et al. (2002)**, "Cobe Spectra is superior to Fenwal CS 3000 Plus for collection of hematopoietic stem cells", Bone Marrow Transplantation, 29(7): p. 563-567
4. **Pal R, Venkataramana NK, Bansal A et al. (2009)**. Ex vivo-expanded autologous bone marrow-derived mesenchymal stromal cells in human spinal cord injury/ paraplegia: A pilot clinical study. Cytotherapy, 9: 897-911.
5. **P. Hernandez, L. Cortina, H. Artaza et al. (2007)**, "Autologous bone-marrow mononuclear cell implantation in patients with severe lower limb ischaemia: A comparison of using blood cell separator and Ficoll density gradient centrifugation", Atherosclerosis, 194: p. e52-e56
6. **Pösel C, Möller K, Fröhlich W, Schulz I, Boltze J, Wagner D-C (2012)** Density Gradient Centrifugation Compromises Bone Marrow Mononuclear Cell Yield. PLoS ONE 7(12): e50293. doi:10.1371/journal.pone.0050293
7. **Sykova E, Homola A, Mazzanec R et al. (2006)**. Autologous bone marrow transplantation in patients with subacute and chronic spinal cord injury. Cell Transplant, 15: 675-87.
8. **Yoon SH, Shim YS, Park YH et al. (2007)**. Complete spinal cord injury treatment using autologous bone marrow cell transplantation and bone marrow stimulation with granulocyte macrophage-colony stimulating factor: phase I/II clinical trial. Stem Cells, 25: 2066-73.

THỰC TRẠNG VỀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019

Hoàng Đức Hạ¹, Phạm Minh Khuê¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản lý chất thải rắn y tế (CTRYT) ở các cơ sở y tế là công việc rất quan trọng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng, kiến thức, thực hành về quản lý chất thải rắn y tế của nhân viên y tế bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương

pháp mô tả cắt ngang ở các nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019. Đánh giá kiến thức, thực hành của các đối tượng nghiên cứu dựa trên bảng kiểm được xây dựng trên cơ sở quyết định 43/2007/QĐ-BYT và thông tư liên tịch 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT về quản lý chất thải y tế, gồm 3 nhóm nội dung chính là: phân loại, thu gom, lưu giữ và vận chuyển chất thải rắn y tế. **Kết quả:** Khối Hồi sức tích cực và gây mê hồi sức (HSTC&GMHS) và Khối Nội cỏ tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về thực hiện quy chế quản lý CTRYT là 100%; khối Ngoại có tỷ lệ đạt thấp nhất là 95,4%. Khối HSTC&GMHS đạt thực hành về phân loại, thu gom và vận chuyển CTRYT, khối Cận lâm sàng có tỷ lệ đạt thấp

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ
Email: hdha@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.12.2019
Ngày phản biện khoa học: 10.2.2020
Ngày duyệt bài: 17.2.2020

nhất, lần lượt là 78,1% và 59,4%. Sự khác biệt so với các khối khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Vấn đề quản lý, thu gom, phân loại, vận chuyển và xử lý ban đầu CTRYT là hết sức quan trọng, các cơ sở y tế như Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng vẫn cần tập huấn nâng cao kiến thức cho NVYT, trang bị các dụng cụ cần thiết và giám sát sự thực hành của họ tốt hơn nữa để đạt được kết quả cao hơn, đặc biệt là tại khối cận lâm sàng.

Từ khóa: Rác thải y tế, kiến thức, thực hành, bệnh viện trẻ em Hải Phòng.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF HEALTH WORKERS ON SOLID WASTE MANAGEMENT IN HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019

Objective: Problems of management of medical solid waste in health centres still exist. This study aims to describe the situation, knowledge and practice on solid waste management of medical staff of Hai Phong Children's Hospital in 2019. **Subjects and method:** A cross-sectional study was conducted on medical staff of Hai Phong Children's Hospital, from January 2019 to October 2019. Knowledge assessment, the practice of the research subjects by using checklist based on Decision 43/2007/QĐ-BYT and joint circular 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT on medical waste management with 3 main groups: classification, collection, storage and transportation of medical solid waste. **Results:** The Anesthesia and Resuscitation and the Internal Department had the percentage of medical staff achieved general knowledge about the implementation of the medical solid waste management regulation at 100%; Surgery department had the lowest rate of 95.4%. The Anesthesia and Resuscitation achieved well the practice of sorting, collecting and transporting medical solid waste. The subclinical department had the lowest rate, respectively 78.1% and 59.4 %. This difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The issue of management, collection, sorting, transportation and primary treatment of medical solid waste is very important. The health facilities such as Hai Phong Children's Hospital still need advanced training knowledge for health workers, equipping necessary equipments and monitoring their practices even better to achieve higher results, especially in subclinical areas.

Key words: Medical waste, knowledge, practice, Hai Phong children's hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất thải rắn y tế (CTRYT) là sản phẩm của các quy trình y tế, phẫu thuật và điều trị được thực hiện tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe. Quản lý CTRYT thích hợp cho phép cơ sở y tế giảm thiểu yếu tố rủi ro, tạo môi trường làm việc an toàn và lành mạnh, từ đó sẽ tối ưu hóa hiệu suất và lợi nhuận, cho phép các nhà quản lý chăm sóc sức khỏe, giám sát viên và quản trị viên sắp xếp, tích hợp và hợp lý hóa các quy trình tại cơ sở y tế của mình. Giáo dục và quản lý chất thải phù

hợp cũng có thể giảm chi phí liên quan đến xử lý chất thải [1]. Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng là bệnh viện chuyên khoa nhi hạng 1, tuyến cuối về nhi khoa thành phố Hải Phòng. Với quy mô trên 500 giường bệnh, 36 đơn vị khoa, phòng và gần 600 cán bộ viên chức. Để đánh giá hoạt động quản lý chất thải rắn y tế hiện đang được thực hiện tại bệnh viện như thế nào? Mức độ đáp ứng được các yêu cầu theo quy định tại Quyết định 43/2007/QĐ-BYT [2] và Thông tư Liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT đến đâu [8]? Kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về quản lý chất thải y tế như thế nào?. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng, kiến thức, thực hành về quản lý chất thải rắn y tế của nhân viên y tế bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Khoa lâm sàng trong bệnh viện: gồm cơ sở vật chất, trang thiết bị lưu giữ, quản lý chất thải và các quy định về quản lý và xử lý chất thải rắn tại bệnh viện. Gồm khoa Hồi sức tích cực, Gây mê hồi tỉnh, Hồi nội, Hồi ngoại và khối cận lâm sàng. Nhân viên y tế (Bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên) đang làm việc tại khoa phòng có phát sinh chất thải rắn y tế. Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang trên các đối tượng nghiên cứu như trên tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019. Đánh giá kiến thức, thực hành của các đối tượng nghiên cứu dựa trên bảng kiểm được xây dựng trên cơ sở quyết định 43/2007/QĐ-BYT và thông tư liên tịch 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT về quản lý chất thải y tế, gồm 3 nhóm nội dung chính là: phân loại, thu gom, lưu giữ và vận chuyển chất thải rắn y tế [2, 8]. Mỗi câu trả lời hoặc quan sát đúng được 1 điểm, trả lời (hoặc quan sát) sai hoặc không đầy đủ được 0 điểm. Các nghiên cứu viên chọn vị trí thuận tiện cho việc quan sát đầy đủ các thao tác của nhân viên y tế, không gây chú ý cho đối tượng và không biết mình được quan sát. Khối lượng rác thải phát sinh được thu thập từ sổ theo dõi, giao nhận CTRYT khi các khoa bàn giao cho khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, sổ theo dõi bàn giao chất thải thông thường cho Công ty Môi trường đô thị của thành phố, khối lượng CTRYT từng loại được ghi riêng và tổng hợp theo ngày và lấy trung bình khối lượng CTRYT từng loại để xác định khối lượng CTRYT từng loại trung bình/tháng.

Số liệu từ các phiếu được làm sạch, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 19.0. So sánh tỷ lệ đạt kiến thức và tuân thủ quy chế quản lý

CTRYT giữa các nhóm trong nghiên cứu sử dụng test χ^2 . Ngưỡng xác định khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế ở bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Bảng 3.1. Thực trạng tuân thủ quy định về phân loại dụng cụ, phương tiện chứa đựng và vận chuyển

Tiêu chí	Điểm chuẩn đạt tối đa	Tổng số điểm đạt			
		HSTC& GMHS	Khối ngoại	Khối nội	CLS
Mã màu sắc	8	5,3	7,5	7,5	6,67
Túi	8	6,7	7,5	7,7	5,33
Hộp	14	12	13	12,5	11,3
Thùng	14	8,3	9	8,67	8,33
Xe vận chuyển	6	4,7	4,5	4,5	4,67
Tổng	50	37	36,7	35,7	36,3
Tỷ lệ		74,0%	83,0%	81,7%	72,6%
Xếp loại		Khá	Tốt	Tốt	Khá

Nhận xét: Tuân thủ quy định về phân loại dụng cụ, phương tiện đựng và vận chuyển CTRYT cao nhất là khối Ngoại 36,7 điểm (83,0%), thấp nhất là khối Cận lâm sàng: 36,3 điểm (72,6%).

Bảng 3.2. Thực trạng tuân thủ quy định phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ, xử lý chất thải rắn y tế

Tiêu chí	Điểm chuẩn đạt tối đa	Tổng số điểm đạt			
		HSTC& GMHS	Khối Ngoại	Khối Nội	CLS
Phân loại	4	4	4	4	4
Thu gom	16	13,67	14,67	13	14
Vận chuyển	6	4,33	4,33	4,33	5,33
Lưu giữ	14	11,33	11,67	10,67	13,67
Xử lý CTRYT lây nhiễm	4	3,67	4	3,67	4
Xử lý CTRYT thông thường	6	4	3	3	5
Tổng	50	41	41,7	38,7	46
Tỷ lệ		82,0%	83,4%	77,4%	92,0%
Xếp loại		Khá	Khá	Khá	Tốt

Nhận xét: Tuân thủ quy định phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ, xử lý CTRYT xếp loại tốt ở khối CLS (92%) và đạt loại khá ở các khối còn lại.

3.2. Kiến thức chung về quản lý chất thải rắn y tế

Bảng 3.3. Kiến thức chung về thực hiện quy chế quản lý CTRYT

Khối làm việc	Không đạt	Đạt - Số lượng (Tỉ lệ)			
		Tổng	Tốt	Khá	Trung bình
HSTC & GMHS	0	55(100)	42(76,4)	11(20,0)	2(3,6)
Khối Ngoại	4(4,6)	83(95,4)	54(65,1)	26(31,3)	3(3,6)
Khối Nội	0	89(100)	62(69,7)	22(24,7)	5(5,6)
Cận lâm sàng	1(3,1)	31(96,8)	19(61,3)	7(22,6)	5(16,1)
Tổng	5(1,9)	258(98,1)	76(29,5)	143(55,4)	39(15,1)

Nhận xét: Khối HSTC& GMHS và Khối Nội có tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức chung về thực hiện quy chế quản lý chất thải rắn y tế là 100%; khối Ngoại có tỷ lệ đạt thấp nhất là 95,4%.

Bảng 3.4. Kiến thức về phân loại, thu gom, vận chuyển và xử lý ban đầu chất thải rắn y tế (N=263)

Khối làm việc	Phân loại		Thu gom, vận chuyển		Xử lý ban đầu	
	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt
Khối CLS	0 (0)	32 (100)	7 (21,9)	25 (78,1)	4 (12,5)	28 (87,5)
Khối Nội	0 (0)	89 (100)	11 (12,4)	78 (87,6)	4 (4,5)	85 (95,5)
Khối Ngoại	3 (3,4)	84 (96,6)	9 (10,3)	78 (89,7)	2 (5,7)	82 (94,3)
HSTC & GMHS	0 (0)	55 (100)	6 (10,9)	49 (89,1)	2 (3,6)	53 (96,4)

Nhận xét: Khối cận lâm sàng có tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt về thu gom, vận chuyển chất thải rắn y tế thấp nhất (78,1%), các khối đều có kiến thức đạt về vận chuyển chất thải y tế trên

85,0% trong đó có khối Ngoại đạt tỷ lệ cao nhất (89,7%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Thực hành của nhân viên y tế về phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải rắn y tế.

Bảng 3.5. Thực hành chung về quản lý chất thải rắn y tế (N=263)

Khối làm việc	Không đạt	Đạt - Số lượng (Tỉ lệ)			
		Tổng	Tốt	Khá	Trung bình
HSTC& GMHS	6(10,9)	49(89,1)	14(28,6)	35(71,4)	0
Khối Ngoại	9(10,3)	78(89,7)	21(26,9)	52(66,7)	5(6,4)
Khối Nội	6(6,7)	83(93,3)	31(25,3)	52(62,7)	0
Cận lâm sàng	4(12,5)	28(87,5)	16(57,1)	12(42,9)	0
Tổng	25(9,5)	238(90,5)	82(34,5)	151(63,4)	5(2,1)

Nhận xét: Cả 4 khối đều có tỷ lệ đạt thực hành chung về quản lý CTRYT trên 85,0%. Trong đó khối Cận lâm sàng có tỷ lệ nhân viên y tế đạt mức tốt cao nhất (57,1%). Khối Ngoại vẫn còn 5 nhân viên y tế đạt mức trung bình về thực hành chung quản lý chất thải rắn y tế.

Bảng 3.6. Thực hành về phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải rắn y tế (N=263)

Khối làm việc	Phân loại, thu gom			Vận chuyển		
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	p	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	p
HSTC& GMHS	53 (96,4)	2 (3,6)	0,02	46 (83,6)	9 (16,4)	0,01
Khối Ngoại	82 (94,3)	5 (5,7)		72 (82,8)	15 (17,2)	
Khối Nội	81 (91,0)	8 (9,0)		76 (85,4)	13 (14,6)	
Cận lâm sàng	25 (78,1)	7 (21,9)		19 (59,4)	13 (40,6)	
Tổng	241 (91,6)	22 (8,4)		241 (91,6)	22 (8,4)	

Nhận xét: Khối HSTC& GMHS đạt thực hành về phân loại, thu gom và vận chuyển CTRYT, khối Cận lâm sàng có tỷ lệ đạt thấp nhất, lần lượt là 78,1% và 59,4%. Sự khác biệt so với các khối khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế.

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng với quy mô trên 500 giường bệnh, 36 đơn vị khoa, phòng và gần 600 cán bộ viên chức, hàng ngày bệnh viện thải ra một lượng CTRYT khá lớn ra môi trường từ các dịch vụ y tế của bệnh viện, từ sinh hoạt của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Vì vậy, việc quản lý, thu gom, phân loại, vận chuyển và xử lý CTRYT là rất quan trọng. Việc tuân thủ quy định phân loại về dụng cụ, phương tiện đựng và vận chuyển CTRYT, đạt số điểm cao nhất là khối Ngoại: 41,5 điểm (83,0%), thấp nhất là khối Cận lâm sàng: 35,7 điểm (71,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Trung Lập và cộng sự năm 2013 [5], kết quả cho thấy hiểu biết của NVYT về mã màu sắc thấp (52,8%). Các cán bộ y tế thường trả lời sai, không đầy đủ về tiêu chuẩn mã màu sắc, ngoài ra gặp nhầm lẫn giữa màu đen và màu vàng [5]. Nghiên cứu này cho thấy NVYT tuân thủ quy định về phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu trữ, xử lý CTRYT xếp loại khá trở lên, khối Cận lâm sàng xếp loại giỏi (92%). Như vậy, bệnh viện vẫn cần triển khai đồng bộ các giải pháp nhằm cải thiện hơn nữa việc thu gom, phân loại, vận chuyển và xử lý ban đầu CTRYT.

4.1.2. Kiến thức của nhân viên y tế về

quản lý chất thải rắn y tế. Về phân loại CTRYT tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (Bảng 3.3) tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt là 98,9% và không có sự khác biệt giữa các khoa phòng làm việc. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đinh Quang Tuấn tại các trạm y tế trên địa bàn thành phố Việt Trì năm 2011 (64,0%) [3]. Kiến thức đạt về thu gom, vận chuyển CTRYT của NVYT chiếm tỷ lệ cao 87,5% (Bảng 3.4). Trong đó khối cận lâm sàng chiếm tỷ lệ thấp nhất (78,1%), khối Ngoại đạt tỷ lệ cao nhất (89,7%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ đạt về thu gom thấp hơn so với các công tác khác giúp chúng tôi nhận thấy cần tăng cường hơn nữa kiến thức cho cán bộ y tế về công việc này. Xử lý ban đầu CTRYT cũng là một khâu quan trọng nhằm hạn chế việc phát thải vi sinh vật có thể có từ CTRYT trong quá trình vận chuyển ra môi trường xung quanh và ảnh hưởng đến người vận chuyển CTRYT. Tỷ lệ đối tượng hiểu biết tốt về xử lý ban đầu CTRYT trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 94,3%, cao nhất 96,4% là khoa HSTC - GMHS; thấp nhất là khối Cận lâm sàng 87,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 3.4). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Tài (88,2%) [6] và Nguyễn Ngọc Thanh (46,5%) [7].

4.3. Thực hành của nhân viên y tế về phân loại, thu gom, vận chuyển và lưu giữ chất thải rắn y tế. Trong 263 người tham gia nghiên cứu vẫn còn 25 NVYT thực hành không đạt về quản lý CTRYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy NVYT có tỷ lệ đạt về thực hành về phân loại, thu gom và vận chuyển CTRYT thấp nhất ở khối Cận lâm sàng với tỷ lệ tương ứng là 78,1% và 59,95%, sự khác biệt giữa các khối có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chất thải được vận chuyển theo giờ nhất định, phương tiện vận chuyển là các xe đẩy, tuy nhiên theo quan sát thực tế kết quả hoạt động quản lý CTRYT chưa đạt mức cao, việc thu gom, phân loại, vận chuyển, lưu giữ vẫn còn một số tồn tại. Bệnh viện cung cấp đủ số thùng rác, đặt đúng nơi quy định nhưng vẫn còn hiện tượng rơi rớt rác thải trong quá trình vận chuyển chứa trong các thùng và xe đẩy, là điều kiện thuận lợi cho việc lây truyền bệnh và ô nhiễm môi trường. Tại Việt Nam qua nghiên cứu của Hoàng Thị Liên (2009) tại BV đa khoa TW Thái Nguyên cho thấy chất thải được phân thành 2 nhóm là chất thải lâm sàng và chất thải sinh hoạt, nhưng có tới 50% số khoa có việc lẫn lộn trong việc sử dụng bao bì theo mã màu như đã sử dụng bì màu đen để đựng chất thải sinh hoạt [4].

V. KẾT LUẬN

Vấn đề quản lý, thu gom, phân loại, vận chuyển và xử lý ban đầu CTRYT là hết sức quan trọng. Mặc dù NVYT tại Bệnh viện Trẻ em Hải

Phòng có tỷ lệ đạt cao so với một số nghiên cứu ở các địa phương khác, nhưng vẫn cần tập huấn nâng cao kiến thức, trang bị các dụng cụ cần thiết và giám sát sự thực hành của họ tốt hơn nữa để đạt được kết quả cao hơn, đặc biệt là tại khối cận lâm sàng của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Tài nguyên và Môi trường (2009)**, Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về tài nguyên và Môi trường, Nhà xuất bản Thanh Niên, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2008)**, "Quy chế quản lý chất thải y tế" Quyết định số 43/ 2007/QĐ- BYT/ BYT-KCB ngày 10/10/ 2008, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. **Đinh Quang Tuấn (2011)**. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và kiến thức, thực hành của cán bộ các trạm y tế trên địa bàn thành phố Việt Trì năm 2011.
4. **Hoàng Thị Liên (2009)**, "Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý chất thải y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Thái Nguyên.
5. **Hoàng Trung Lập (2013)**. Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng, hộ lý trong công tác phân loại và thu gom chất thải rắn y tế tại bệnh viện II Lâm Đồng.
6. **Lê Thị Tài và cs (2006)**, "Thực trạng quản lý chất thải tại các bệnh viện huyện, tỉnh Phú Thọ", Tạp chí nghiên cứu Y học.Tập 5, số 45, tr:1-6.
7. **Nguyễn Ngọc Thanh (2009)**, Nghiên cứu tình hình xử lý và quản lý chất thải y tế tại một số bệnh viện thành phố Đà Nẵng năm 2009, Luận án chuyên khoa 2, Huế, 2010.
8. **Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT** – Quy định về quản lý chất thải y tế được Bộ Y tế – Bộ Tài nguyên và Môi trường

VAI TRÒ CỦA LIỆU PHÁP KHÁNG HER2/NEU TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH UNG THƯ VÚ BỘC LỘ QUÁ MỨC HER2/NEU GIAI ĐOẠN DI CĂN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Nguyễn Tiến Quang*

TÓM TẮT

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến với tỷ lệ mắc đứng đầu trong các ung thư ở nữ giới theo thống kê của Globocan 2018. Những năm gần đây, nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh UTV tỷ lệ tử vong do bệnh đã giảm xuống đáng kể. Pertuzumab - một kháng thể đơn dòng kháng Her2/neu "bắt cặp" cùng trastuzumab đã chứng minh

lợi ích cải thiện sống còn trong các thử nghiệm lâm sàng toàn cầu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh UTV giai đoạn di căn đáp ứng với hóa trị kết hợp liệu pháp "bộ đôi" kháng Her2/neu trastuzumab và pertuzumab đồng thời hồi cứu y văn thế giới.

SUMMARY

THE ROLE OF ANTI-HER2/NEU THERAPY IN THE TREATMENT OF METASTATIC BREAST CANCER WITH HER2/NEU-POSITIVE: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Breast cancer (BC) is the most frequent cancer disease in women according to a statistic of Globocan in 2018. Recently, due to advances in diagnosis and treatment, the mortality rate of BC tend to decrease

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Quang

Email: ntienquang@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.12.2019

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2020

Ngày duyệt bài: 24.2.2020

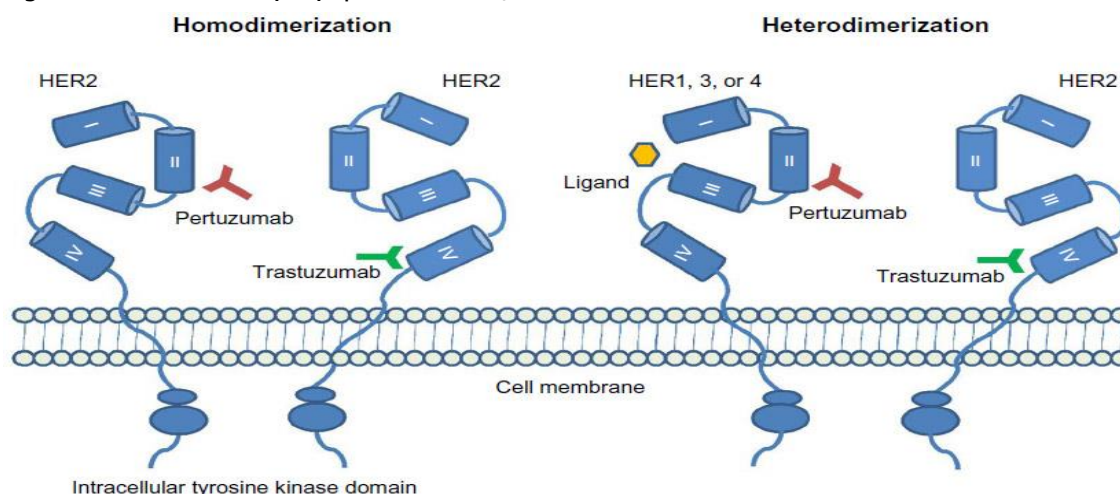
dramatically. Pertuzumab - a recombinant humanized monoclonal antibody that targets extracellular dimerization domain II of the Her2 protein has improved clinical benefit in international clinical trials. We hereby reported a case of Her2/neu-positive metastatic BC that achieved good response with trastuzumab, pertuzumab and chemotherapy and literature search.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Globocan, trong năm 2018 trên thế giới ghi nhận 2.088.849 trường hợp bệnh UTV mới được chẩn đoán, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 46.3/100.000 dân. Tại Việt Nam, con số này là 15.229 ca mới mắc với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 26.4/100.000 dân [1]. Là một trong những bệnh ung thư có tỷ lệ mắc đứng đầu, song với những nỗ lực trong việc cải tiến chất lượng chẩn đoán và điều trị thì tỷ lệ tử vong do bệnh UTV ngày càng giảm theo từng năm [2]. Tuy nhiên, việc phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn, khi khối u đã có di căn xa vẫn làm giảm đáng kể sống còn toàn bộ 5 năm xuống 27% so với các giai đoạn bệnh sớm hơn đạt trên 90% [3]. Vì vậy, việc điều trị bệnh ở giai đoạn này đặt ra nhiều thách thức với mục tiêu kéo dài thời gian sống còn cũng như cải thiện chất lượng sống. Tại hội nghị St.Gallen 2013, các nhà khoa học đã đồng thuận chia bệnh UTV thành 4 nhóm dựa trên đặc điểm sinh học phân tử của khối u, trong đó nhóm UTV có bộc lộ quá mức Her2/neu

ước tính chiếm khoảng 20% với tiên lượng xấu hơn nhóm Her2/neu âm tính [4]. Trastuzumab là một kháng thể đơn dòng có ái lực với phần ngoài màng tế bào của phân tử protein Her2/neu - một loại protein được tìm thấy với số lượng lớn trên một số tế bào UTV. Sự gắn đặc hiệu kháng nguyên - kháng thể này dẫn tới việc ức chế dẫn truyền tín hiệu nội bào qua con đường Her2, qua đó dừng phân chia tăng trưởng và thúc đẩy tế bào chết theo chương trình. Trastuzumab được cấp phép lưu hành trên thị trường từ năm 1998 và tới nay đã được chỉ định trong điều trị UTV có Her2/neu dương tính ở tất cả các giai đoạn [5].

Một trong những tiến bộ gần đây trong điều trị bệnh ung thư đó là việc phát triển các liệu pháp nhắm trúng đích (targeted therapy), trong đó có việc ứng dụng pertuzumab. Pertuzumab là một kháng thể đơn dòng được thiết kế đặc hiệu để ngăn thụ thể HER2 không bắt cặp (nhị hợp) với các thụ thể HER khác (EGFR/HER1, HER3 và HER4) trên bề mặt các tế bào, tiến trình được tin là đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển khối u và sự sống còn. Pertuzumab gắn lên HER2 còn báo hiệu cho hệ thống miễn dịch của cơ thể để tiêu diệt các tế bào ung thư. Cơ chế hoạt động của pertuzumab và trastuzumab là bổ trợ cho nhau, vì dù cùng gắn lên thụ thể HER2 nhưng khác vị trí gắn [6].



Hình 1: vị trí hoạt động của trastuzumab và pertuzumab trên phân tử Her2/neu

Sự phối hợp liệu pháp “bộ đôi” kháng Her2/neu trastuzumab và pertuzumab với hóa trị được kỳ vọng mang lại lợi ích sống còn cao hơn so với các phương pháp điều trị hiện có. Năm 2011 các nhà khoa học lần đầu tiên công bố kết quả của nghiên cứu Cleopatra trên tạp chí New

England Journal. Nghiên cứu là một thử nghiệm lâm sàng quốc tế, pha 3, mù đôi, ngẫu nhiên, có đối chứng, được thực hiện trên 808 bệnh nhân UTV giai đoạn IV có bộc lộ quá mức thụ thể Her2/neu, sử dụng hóa trị docetaxel kết hợp trastuzumab và pertuzumab hoặc giả dược. Kết

cục chính là thời gian sống còn không bệnh tiến triển (PFS) cải thiện có ý nghĩa ở nhánh điều trị với pertuzumab so với nhánh dùng giả dược (HR = 0.68, $p < 0.001$). Các kết cục thứ cấp là thời gian sống còn toàn bộ cũng cải thiện có ý nghĩa với nhánh điều trị có pertuzumab là 56.5 tháng, kéo dài hơn 15.7 tháng so với nhánh dùng giả dược. Với tác dụng phụ không mong muốn thấp và quản lý được, năm 2012 FDA đã phê duyệt cho chỉ định pertuzumab phối hợp trastuzumab và hóa trị docetaxel trong điều trị UTV di căn có Her2/neu dương tính ở bệnh nhân chưa điều trị trước đó dựa trên nghiên cứu Cleopatra [7].

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 65, tuổi tiền sử khoẻ mạnh, đã mãn kinh tự nhiên, biểu hiện một khối u vú trái từ 3 năm nay, u to dần nhưng không đau. Do tâm lý vừa chủ quan, lại e ngại, giấu bệnh nên bệnh nhân không đi khám và cũng chưa điều trị. Khi khối u vỡ loét chảy dịch, bệnh nhân tự điều trị tại nhà không đỡ nên đến Bệnh viện K thăm khám.

Khám lúc vào: toàn thân bệnh nhân thể trạng chung tốt PS = 0 (ECOG). Mạch, huyết áp ổn định. Khám thực thể khối u lớn chiếm gần toàn bộ vú trái kích thước 10x10 cm, mật độ chắc, di động hạn chế, bề mặt sần sùi, căng đỏ, có điểm vỡ loét chảy dịch máu, kèm theo có hạch nách trái 2x3 cm, rắn chắc, dính. Vùng nách phải và hố thượng đòn hai bên không sờ thấy hạch. Các cơ quan khác chưa phát hiện gì đặc biệt.

Chụp cắt lớp vi tính cho thấy khối u vú trái như mô tả, xâm lấn da và núm vú, di căn nhiều hạch thượng đòn, hạch nách, trung thất, rốn phổi hai bên, kèm theo nhiều tổn thương phổi nhỏ rải rác hai phế trường và nhiều khối trong nhu mô gan kích thước 23x37 mm. Ngoài ra, xét nghiệm công thức máu, sinh hoá trong giới hạn bình thường, chất chỉ điểm u CA 153 không tăng, chức năng tâm thu thất trái LEVF = 65%.

Bệnh nhân được tiến hành sinh thiết kim khối u vú trái để chẩn đoán mô bệnh học. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô ống xâm nhập, độ II, ER (-), PR (-), Her2/neu (3+), Ki67 = 40%. Chẩn đoán xác định: ung thư vú trái cT4bN3M1 phân tuýp Her2/neu.

Bệnh nhân được tiến hành hội chẩn chuyên khoa và thống nhất điều trị toàn thân với mục tiêu giảm nhẹ triệu chứng. Phác đồ bước 1 sử dụng hóa trị paclitaxel 175 mg/m² da kết hợp liệu pháp “bộ đôi” kháng Her2/neu trastuzumab (Herceptin) liều tải 8 mg/kg, liều duy trì 6 mg/kg và pertuzumab (Perjeta) liều tải 820 mg, liều duy

trì 420 mg trong một liệu trình 21 ngày. Đánh giá dung nạp thuốc bằng theo dõi tác dụng phụ, khám tim mạch, xét nghiệm công thức máu, chức năng gan, thận trước mỗi đợt điều trị. Theo dõi sát diễn biến khối u tại vú bằng thăm khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính đánh giá tổn thương di căn sau 2-3 đợt điều trị. Bước đầu, sau 6 đợt điều trị, bệnh nhân có khối u thu nhỏ về kích thước đạt trên 50%, hạch nách trái không còn sờ thấy. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy các tổn thương tại phổi giảm cả về kích thước và số lượng, tổn thương di căn gan biến mất hoàn toàn. Với tác dụng phụ không đáng kể (bệnh nhân xuất hiện độc tính thần kinh ngoại vi độ 1), bước đầu đã cho thấy kết quả khả quan đạt đáp ứng một phần trên cá thể bệnh nhân khi điều trị với liệu pháp bộ đôi kháng Her2/neu. Chúng tôi dự kiến tiếp tục duy trì điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính quá mức không chấp nhận được.



Hình 2: khối u vú trái trước điều trị



Hình 3: u giảm kích thước sau điều trị

III. BÀN LUẬN

Liệu pháp điều trị trúng đích sử dụng kháng thể đơn dòng kháng Her2/neu trastuzumab đã được ứng dụng trong thực hành điều trị trên 20 năm. Lợi ích của trastuzumab đã được chứng minh qua các phân tích gộp cho thấy cải thiện thời gian sống thêm không bệnh cũng như thời gian sống còn toàn bộ. Sự phối hợp với pertuzumab - một kháng thể đơn dòng thứ hai cùng nhắm trúng đích Her2/neu đã làm gia tăng lợi ích sống còn được chứng minh qua nghiên cứu toàn cầu pha 3 cleopatra. Ở đây, chúng tôi báo cáo ca bệnh đầu tiên tại Bệnh viện K sử dụng phác đồ “bộ đôi” trastuzumab và pertuzumab trong điều trị UTV di căn. Với kết quả bước đầu làm giảm kích thước khối u nguyên phát tại vú, đồng thời hạn chế số lượng và kích thước các tổn thương di căn, liệu pháp “bộ đôi” kháng Her2/neu đã cho thấy sự cải thiện triệu chứng nhanh chóng với tác dụng phụ chấp nhận được.

Trong một nghiên cứu đơn nhánh pha 2 (BO17929) 66 bệnh nhân UTV có bộc lộ quá mức Her2/neu được điều trị với liệu pháp kháng

Her2/neu “bộ đôi” trastuzumab và pertuzumab sau khi tiến triển với một vài liệu pháp có trastuzumab trước đó cho thấy tỷ lệ đáp ứng khách quan là 27%, trong đó lợi ích lâm sàng đạt được ở 50% bệnh nhân trong nghiên cứu [8].

Theo cleopatra, tỷ lệ đáp ứng khách quan nếu điều trị bước 1 hóa trị kết hợp với liệu pháp bộ đôi kháng Her/neu đạt 80.2%, với thời gian sống thêm không bệnh (PFS) trung bình là 18.5 tháng và thời gian sống còn toàn bộ trung bình (OS) là 56.5 tháng, cải thiện có ý nghĩa so với nhánh dùng giả dược.

Xét về tác dụng không mong muốn liệu pháp bộ đôi kháng Her2/neu kết hợp hóa trị docetaxel có sự tăng lên về tỷ lệ tiêu chảy, nổi ban, ngứa, viêm niêm mạc, hạ bạch cầu và chứng khô da ở tất cả các mức độ, trong đó đa số gặp độc tính độ 1, 2. Tuy nhiên, độc tính trên tim mạch theo thời gian không tăng lên ở cả hai nhánh, chứng tỏ kết hợp thêm pertuzumab không làm tăng thêm tác dụng không mong muốn trên tim mạch - một tác dụng ngoại ý được cho là có liên quan với các thuốc kháng Her2/neu.

Bệnh nhân của chúng tôi chỉ xuất hiện độc tính thần kinh ngoại vi độ 1, là tác dụng phụ được biết của hóa trị nhóm taxan, mà ở bệnh nhân này sử dụng là paclitaxel. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ tác dụng ngoại ý nào trên hệ tim mạch như rối loạn nhịp tim hay thay đổi bất thường trên điện tâm đồ.

IV. KẾT LUẬN

Liệu pháp kháng Her2/neu đã chứng minh được hiệu quả và tính an toàn trong điều trị UTV di căn. Với sự kết hợp cùng hóa trị đã mang lại lợi ích sống còn cao nhất từ trước đến nay với tác dụng phụ thấp và hoàn toàn theo dõi, quản

lý được. Đây là một hy vọng mới cho bệnh nhân UTV di căn. Cần tiến hành nghiên cứu để tìm hiểu tính an toàn và hiệu quả của phác đồ phối hợp liệu pháp bộ đôi kháng Her2/neu trastuzumab và pertuzumab với hóa trị trên bệnh nhân người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al:** “GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries”. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. **Pam Harrison:** “Good news on the cancer front: death rates continue to fall”. Medscape Medical News, March 2020.
3. **Azamjah N, Soltan-Zadeh Y, Zayeri F:** “Global Trend of Breast Cancer Mortality Rate: A 25-Year Study”. Asian Pac J Cancer Prev (2019) Jul 1;20(7):2015-2020.
4. **Anna-Karin Falck, Mårten Fernö, Pär-Ola Bendahl, Lisa Rydén:** “St Gallen molecular subtypes in primary breast cancer and matched lymph node metastases - aspects on distribution and prognosis for patients with luminal A tumours: results from a prospective randomised trial”. BMC Cancer 13 (2013) 558.
5. **Balduzzi S, Mantarro S, Guarneri V, Tagliabue L, Pistotti V, Moja L, D'Amico R:** “Efficacy and safety of trastuzumab in metastatic breast cancer”. Cochrane (2014).
6. **B** “Pertuzumab in the treatment of HER2-positive breast cancer: an evidence-based review of its safety, efficacy, and place in therapy”. Doverpress (2019): 14, pages 51-70.
7. **Sandra M. Swain, M.D., José Baselga, M.D., Sung-Bae Kim et al:** “Pertuzumab, Trastuzumab, and Docetaxel in HER2-Positive Metastatic Breast Cancer”. New England Journal of Medicine (2015): 372, pages 724-734.
8. **“A Study of Perjeta (Pertuzumab) in Combination With Herceptin (Trastuzumab) in Participants With Metastatic Breast Cancer”.**
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01674062>.

ĐẶC ĐIỂM KHÔ MẮT TRÊN BỆNH NHÂN SJOGREN

**Bùi Thị Vân Anh*, Phạm Thu Thủy*,
Nguyễn Bích Ngọc*, Đặng Thị Minh Tuệ***

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm khô mắt của bệnh nhân sjogren. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

**Bệnh viện Mắt trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên bệnh nhân sjogren tới khám và điều trị tại bệnh viện Mắt trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 4 – 11/ 2018. Sử dụng bộ câu hỏi OSDI để phỏng vấn. Các thông số về dịch tế và thông số thu được qua phỏng vấn được phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** 32 bệnh nhân sjogren (27 nữ, 5 nam) có tuổi trung bình $45,08 \pm 16,08$ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi OSDI. Điểm OSDI trung bình là $75,13 \pm 15,26$. Các dấu hiệu kích thích do khô mắt xuất hiện ở tất cả bệnh nhân và đa số có tần xuất xuất hiện thường xuyên. Khô mắt ảnh hưởng lên hoạt động

thường ngày nhiều nhất là xem ti vi và đọc sách. Trong điều kiện khô, gió và điều hòa hầu như các bệnh nhân đều tăng khó chịu và xuất hiện thường xuyên. Chỉ số OSDI cao hơn trên người già, người ở thành thị và người có trình độ học vấn cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Khô mắt trên bệnh nhân Sjogren rất nặng và gây cảm giác kích thích khó chịu thường xuyên, ảnh hưởng đến hoạt động thường ngày của bệnh nhân và tăng lên trong điều kiện khô, gió và điều hòa.

Từ khóa: hội chứng Sjogren, khô mắt, bộ câu hỏi OSDI

SUMMARY

THE DRY EYE CHARACTERISTICS IN SJOGREN PATIENTS

Purpose: to describe dry eye characteristics in Sjogren patients. **Patients and method:** descriptive study was performed in Sjogren patients who had been examined and treated in Vietnam Eye Hospital during April to November 2018. The OSDI questionnaire was used to interview the patients. The data was collected and statistically analyzed with SPSS software. **Result:** 32 patients (27 females, 5 males) with $45,08 \pm 16,08$ years old in average were interviewed with OSDI questionnaire. The OSDI average score was $75,13 \pm 15,26$. All patients had stimulated by dry eye symptoms and it happened with high frequency. Dry eye symptoms affected quotidian work like reading and watching TV. The symptoms were more severe in dry, windy or air - condition environment. OSDI score was higher in elder, urban patients and high education level, but the differences were not statistically significance. **Conclusion:** dry eye in Sjogren patients is severe and always causes uncomfortable for patients, affects routine activities and is more severe in dry, windy and air-condition environment.

Key words: Sjogren syndrome, dry eye, OSDI questionnaire

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Sjögren là một bệnh tự miễn dịch mạn tính chiếm khoảng 0,2% đến 1,2% dân số được mô tả vào năm 1933 bởi Henrik Sjögren. Bệnh xảy ra khi hệ miễn dịch của chính cơ thể tấn công các tuyến tiết nước bọt và tuyến lệ, khiến chúng ngừng hoạt động. Nguyên nhân gây ra hội chứng Sjogren vẫn chưa rõ. Tuy nhiên, một số tác nhân di truyền và môi trường có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Nữ giới bị ảnh hưởng khoảng gấp mười lần so với nam giới và nó thường bắt đầu ở tuổi trung niên;^{[1][2]} Mặc các bệnh lý khác như bệnh thấp khớp hoặc lupus

Trong hội chứng Sjogren, tuyến lệ bị thâm nhiễm tế bào lympho và tương bào nên giảm tiết nước bọt dẫn đến viêm kết mạc khô, đỏ mắt, viêm mí mắt. Bệnh nhân thường cảm thấy ngứa, nóng rát hai mắt, có cảm giác cộm và tăng nhạy cảm với ánh sáng. Trong trường hợp nặng hơn, có thể gặp biến chứng loét mắt. Tất

cả các dấu hiệu này khiến cho chất lượng cuộc sống người bệnh bị hội chứng Sjogren trở nên suy giảm trầm trọng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích mô tả đặc điểm khô mắt của bệnh nhân Sjogren

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Người bệnh được chẩn đoán bị mắc hội chứng Sjogren đến khám và điều trị tại bệnh viện Mắt trung ương trong năm 2019. Cỡ mẫu lấy toàn bộ người bệnh có thể tham gia trả lời phỏng vấn

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi OSDI (Ocular surface Disease Index) gồm 12 câu hỏi (thang điểm từ 0 đến 100) để đánh giá các triệu chứng cơ năng cũng như mức độ khô mắt của người bệnh Sjogren, chia làm 3 nhóm đánh giá triệu chứng khô mắt kèm theo của đối tượng nghiên cứu [3].

-Nhóm triệu chứng khó chịu bề mặt nhãn cầu từ câu 1 đến câu 3.

-Nhóm triệu chứng rối loạn khả năng nhìn (liên quan đến thị giác và những hạn chế) từ câu 4 đến câu 9.

-Nhóm triệu chứng kích hoạt do yếu tố môi trường từ câu 10 đến 12

Với từng câu hỏi chúng tôi cho thang điểm từ 1 – 4. Tổng điểm OSDI được tính theo công thức

$$OSDI = \frac{25 \times \text{tổng số điểm của tất cả các câu hỏi}}{\text{Tổng số câu trả lời}}$$

Bình thường: OSDI = 1-12 điểm; Khô mắt nhẹ: OSDI = 13-22 điểm; Khô mắt trung bình: OSDI = 23 -32 điểm; Khô mắt nặng: OSDI = 33 - 100 điểm

Các triệu chứng của tình trạng khô mắt được ghi nhận, phân tích, đánh giá ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê

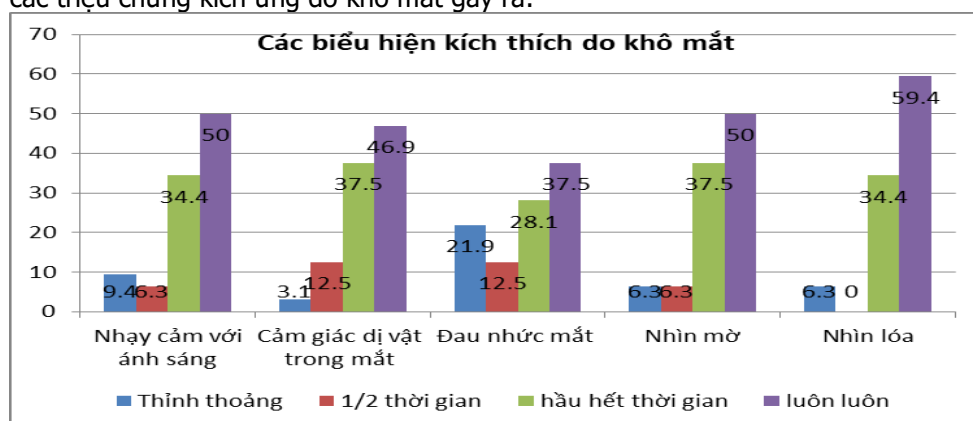
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung: Trong thời gian 1 năm nghiên cứu chúng tôi đã phỏng vấn, khám mắt cho 32 bệnh nhân Sjogren bao gồm 6 bệnh nhân nam (15,4%) và 26 bệnh nhân nữ (84,6%). Bệnh nhân có tuổi trung bình $45,08 \pm 16,08$ với 37,4% tuổi từ 16- 39; 31,3% tuổi từ 40- 59 và 31,3% tuổi từ 60 trở lên. Về học vấn nhóm nghiên cứu gồm 62,5% trường hợp tốt nghiệp cấp 3, 9,4% trình độ trung cấp – cao đẳng, 25,0% trình độ đại học và 3,1% có trình độ trên đại học. 1 trường hợp (3,1%) là người dân tộc thiểu số, 31 trường hợp (96,9%) là dân tộc Kinh. Người bệnh làm nghề nông chiếm tỷ lệ cao nhất 34,4%; sau đó đến nhân viên văn phòng 25,0%, buôn bán kinh doanh 9,4%, công nhân 6,3% và

25% còn lại là các ngành nghề khác. 50% bệnh nhân sống ở thành thị và 50% bệnh nhân sống ở nông thôn. Mức thu nhập trung bình khoảng 3.300.000đ/ tháng với 18,4% trường hợp mức thu nhập từ 2 triệu đồng/ tháng trở xuống; 53,2% có mức thu nhập từ 2 triệu – 5 triệu đồng/ tháng; 12,5% trường hợp thu nhập trên 5 triệu đồng/ tháng.

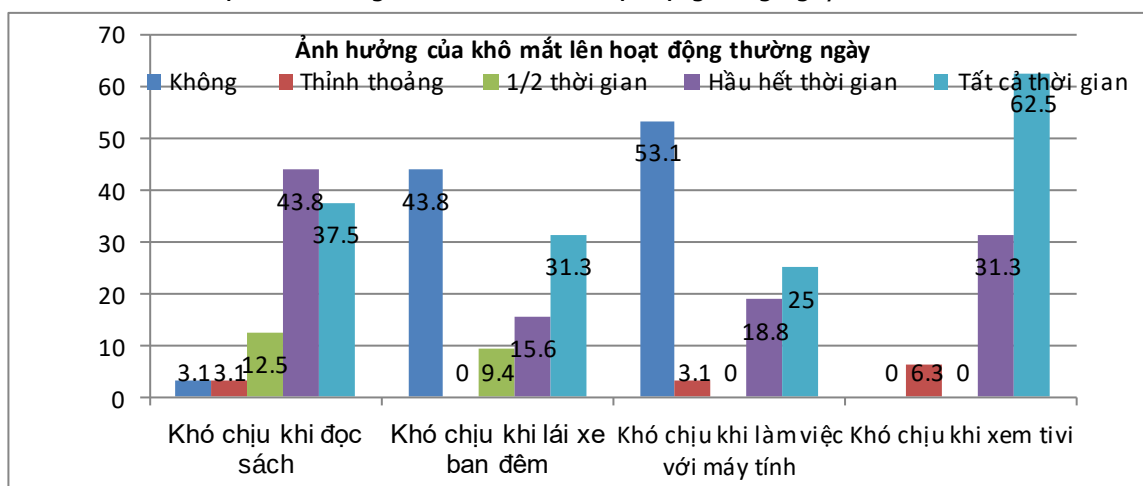
21,9% trường hợp có tiền sử dị ứng tại mắt hoặc toàn thân, không có bệnh nhân nào có tiền sử bệnh đái tháo đường hoặc cao huyết áp

Nhóm các triệu chứng kích ứng do khô mắt gây ra:



Nhóm triệu chứng kích thích do khô mắt gồm: Nhạy cảm với ánh sáng, cảm giác dị vật trong mắt, đau nhức mắt và nhìn mờ. Tất cả 4 triệu chứng này đều có tần suất xuất hiện cao nhất (luôn luôn có biểu hiện nhạy cảm ánh sáng 50%; cảm giác dị vật 46,9%, đau nhức mắt 37,5% và nhìn mờ 50%, nhìn lóa 59,4%)

Nhóm các biểu hiện ảnh hưởng của khô mắt tới hoạt động hàng ngày



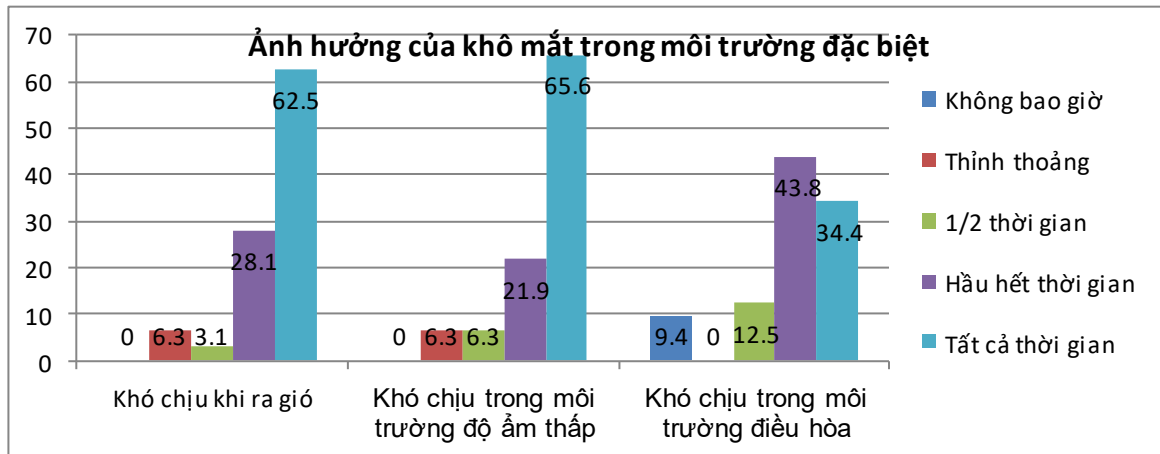
Ảnh hưởng đến các hoạt động thường ngày bao gồm ảnh hưởng đến đọc sách, khó chịu khi lái xe ban đêm, khó chịu khi làm việc với máy tính và khó chịu khi xem tivi. Tỷ lệ không trả lời cho câu hỏi về lái xe ban đêm và sử dụng máy tính tương đối cao 43,8% với biểu hiện ảnh hưởng lái xe ban đêm và 53,1% với ảnh hưởng

Đặc điểm bệnh. Trong số 32 bệnh nhân (64 mắt) có 45,31% (29 mắt) có thị lực ở mức mù lòa, 29,69% (19 mắt) mức thấp, 9,37% (6 mắt) mức trung bình và 18,75% (12 mắt) mức tốt.

Tình trạng khô mắt của người bệnh: điểm OSDI trung bình là $75,13 \pm 15,26$ điểm ($18,75 - 93,75$) trong đó khô mắt nhẹ 1 trường hợp (3,1%); khô mắt trung bình 1 trường hợp (3,1%) số còn lại 30 bệnh nhân (93,75%) là khô mắt nặng

khi sử dụng máy tính. Với những đối tượng còn lại, tỷ lệ bị ảnh hưởng thường xuyên là khá cao : 37,5% ảnh hưởng thường xuyên khi đọc sách, 31,3% ảnh hưởng thường xuyên khi lái xe ban đêm, 25,0% ảnh hưởng thường xuyên khi làm máy tính và 62,5% ảnh hưởng thường xuyên khi xem tivi.

Các biểu hiện khó chịu trong môi trường đặc biệt:



Các biểu hiện khó chịu trong môi trường đặc biệt bao gồm khó chịu khi ra gió nhiều, khó chịu trong môi trường có độ ẩm thấp và khó chịu trong môi trường điều hòa. Ảnh hưởng thường xuyên khi ra gió gặp ở 62,5% trường hợp, trong môi trường độ ẩm thấp 65,5% và môi trường điều hòa 34,4%

Đặc điểm chỉ số OSDI liên quan tới các yếu tố dịch tễ

	Đặc điểm	Nặng	Không nặng	OSDI trung bình	P
Giới	Nữ	25	2	74,77±16,40	P>0,05
	Nam	5	0	77,08±7,65	
Tuổi	16-39	9	1	68,54±15,30	P>0,05
	40-59	11	1	76,39±19,50	
	≥60	10	0	80,20±4,80	
Nơi sống	Nông thôn	14	2	71,87±20,30	P>0,05
	Thành thị	16	0	78,38±6,79	
Trình độ học vấn	Cấp III	18	2	73,75±18,49	P>0,05
	Trung cấp/ cao đẳng	3	0	73,61±6,69	
	ĐH- SĐH	9	0	78,70±7,70	
Nghề nghiệp	Công nhân	2	0	79,17±2,94	P>0,05
	Nông dân	10	1	72,54±20,06	
	Kinh doanh	3	0	72,91±3,60	
	Nhân viên văn phòng	8	0	76,56±5,97	

Không có sự khác nhau giữa các nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn hay nơi ở. Tình trạng khô mắt trên nhóm tuổi trên 60 cao hơn so với nhóm dưới 39 tuổi; nhóm bệnh nhân sống ở thành thị có điểm OSDI cao hơn ở nông thôn, nhóm có trình độ học vấn cao có OSDI cao hơn nhóm trình độ học vấn cấp III.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu, 32 bệnh nhân Sjogren có phân bố về các nhóm lứa tuổi tương đối đồng đều. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm vượt trội chiếm 84,6%, đây cũng là đặc điểm chung thường gặp của nhóm bệnh này [1]. Trình độ học vấn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở mức tốt nghiệp cấp II chiếm đa số (62,5%), đa số làm nghề nông (34,4%), sống ở nông thôn (50%) và có mức thu nhập thấp với trung bình 3,3 triệu đồng/ tháng và chỉ có 12,5%

có mức thu nhập trên 5 triệu đồng/ tháng. Chính những điều này khiến cho việc chăm sóc sức khỏe của người bệnh không được đầy đủ khiến cho 45,31% trường hợp thị lực của bệnh nhân ở mức mù lòa và chỉ có 18,75% trường hợp thị lực đạt mức tốt.

Đặc điểm khô mắt. Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có biểu hiện của khô mắt. Dựa theo bảng hỏi OSDI thì hầu hết các trường hợp có biểu hiện khô mắt nặng, chỉ có duy nhất 1 trường hợp (3,1%) có biểu hiện khô mắt mức độ nhẹ, 1 trường hợp (3,1%) có biểu hiện khô

mắt mức độ trung bình. Điều này là do sự suy giảm chế tiết nước mắt phù hợp với đặc trưng của hội chứng Sjogren là suy giảm các tuyến tiết dịch của cơ thể. Tương ứng với đặc trưng này, điểm trung bình OSDI trong nhóm nghiên cứu cũng rất cao 75,13/100 điểm đã thể hiện được sự ảnh hưởng trầm trọng của khô mắt lên cảm giác cơ năng của người bệnh.

Nhóm triệu chứng kích ứng do khô mắt: tất cả các bệnh nhân đều có phàn nàn về cả 5 triệu chứng của nhóm này như đau nhức mắt, nhìn mờ, nhìn lóa, nhạy cảm ánh sáng và cảm giác dị vật. Tỷ lệ bệnh nhân thấy xuất hiện các triệu chứng này thường xuyên là rất cao, điều này cho thấy trên bệnh nhân Sjogren, các dấu hiệu kích thích do khô mắt là rất đáng kể và làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh một cách thường xuyên.

Tình trạng khô mắt cũng làm ảnh hưởng tới các hoạt động thường ngày của người bệnh. Mặc dù trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân không thực hiện các hoạt động như lái xe vào ban đêm, sử dụng máy vi tính tương đối cao nên không có câu trả lời tro các hoạt động này, nhưng trên các hoạt động còn lại như xem tivi hoặc đọc sách thì sự ảnh hưởng của khô mắt là rất đáng kể (96,9% có ảnh hưởng khi đọc sách với 81,3% khó đọc hầu hết thời gian hoặc luôn luôn khó đọc; 100% ảnh hưởng khi xem tivi với 93,7% luôn luôn hoặc hầu hết thời gian khó xem tivi). Việc ảnh hưởng của khô mắt tới các hoạt động thường ngày không những giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn ảnh hưởng tới khả năng lao động sản xuất của họ trong xã hội.

Trong các môi trường đặc biệt như khi ra gió, môi trường có độ ẩm thấp, môi trường điều hòa các biểu hiện khó chịu tăng lên ở hầu hết bệnh nhân và hầu hết các thời điểm. Điều này hạn chế người bệnh làm việc trong các môi trường sản

xuất thông thường mà hầu như chỉ có thể thích ứng được một vài môi trường hạn chế trong nhà.

Khi xem xét đặc điểm khô mắt trên bệnh nhân Sjogren chúng tôi nhận thấy mặc dù chỉ số OSDI ngày càng cao khi nhóm tuổi ngày càng cao, cao hơn ở người thành thị hay người có trình độ học thức cao hơn nhưng các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê do số lượng người bệnh trong nghiên cứu còn ít. Tuy nhiên các biểu hiện này cũng hoàn toàn dễ hiểu do trong môi trường thành thị có nhiều khói, bụi, điều hòa gây tình trạng khô mắt tăng lên, những người có trình độ học vấn cao hơn sẽ thường xuyên phải đọc sách, dùng máy vi tính có thể là nguyên nhân khiến tình trạng khô mắt trở nên trầm trọng hơn và tuổi già khiến tình trạng giảm tiết tăng lên trên bệnh nhân Sjogren cũng làm điểm OSDI tăng cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân Sjogren, tình trạng khô mắt xảy ra rất nặng nề và ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và các hoạt động thường ngày của người bệnh. Bệnh có biểu hiện nặng hơn trên người nhiều tuổi, có trình độ học vấn cao và người ở thành thị. Cần có những nghiên cứu với số lượng lớn hơn để khẳng định những điều này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. https://vi.wikipedia.org/wiki/Hội_chứng_Sjögren
2. **Ng, Wan-Fai (2016).** Sjogren's Syndrome. Oxford University Press. tr. 10–11. ISBN 9780198736950. Bản gốc lưu trữ ngày 15 tháng 8 năm 2016.
3. **Parkin D (2006),** "Is there a case for using visual analogue scale valuations in cost-utility analysis?", *Health Econ*, 15, tr. 653-664.
4. **Brito-Zerón, P; Baldini, C; Bootsma, H; Bowman, SJ; Jonsson, R; Mariette, X; Sivils, K; Theander, E; Tzioufas, A (7 tháng 7 năm 2016).** "Sjögren syndrome.". *Nature Reviews. Disease Primers* 2: 16047. PMID 27383445. doi:10.1038/nrdp.2016.47